

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de suficiencia profesional

Calidad de vida de los pacientes del módulo de atención al maltrato infantil y adolescente en salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Morelia Vicharra Utrilla

Lima - Perú

2018

DEDICATORIA

A mi hija, por ser mi mayor motivación en cada objetivo propuesto.

A mi madre, por su apoyo constante y sus sabios consejos durante toda mi formación académica.

A mi pareja, por su amor incondicional y palabras de aliento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía y mi gran fortaleza en este recorrido estudiantil.

A mi familia, por creer en mí desde el primer momento, sobre todo, por ser los principales partícipes de mi crecimiento personal y profesional.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes de la mano con los directivos, maestros y compañeros de clase, conformaron el equipo perfecto para lograr la meta anhelada.

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N° 003-FPs y TS.-2016, expongo ante ustedes mi investigación titulada “Calidad de vida de los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho” bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA para obtener el título profesional de licenciatura.

Por consiguiente, esperando que el estudio presentando a continuación sea correctamente valorado, aspiro a la aprobación del mismo.

Atentamente,

Morelia Vicharra Utrilla

ÍNDICE

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Presentación	IV
Índice	V
Índice de tablas	VIII
Índice de figuras	IX
Resumen	X
Abstract	XI
Introducción	XII
CAPÍTULO I: Planteamiento del problema	14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos	18
1.4. Justificación e importancia	19
CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Internacionales	20
2.1.2. Nacionales	25
2.2. Bases teóricas	29
2.2.1. Teoría de la Complejidad	29
2.2.2. Modelo ecológico de Lawton	31
2.2.2.1. Calidad de vida física	31
2.2.2.2. Calidad de vida social	31
2.2.2.3. Calidad de vida percibida	31
2.2.2.4. Calidad de vida psicológica	32
2.2.3. Modelos comportamentales	33
2.2.4. Modelo multidimensional	34
2.2.4.1. Bienestar emocional	34
2.2.4.2. Relaciones interpersonales	34
2.2.4.3. Bienestar material	34
2.2.4.4. Desarrollo personal	35

2.2.4.5. Bienestar físico	35
2.2.4.6. Autodeterminación	35
2.2.4.7. Inclusión social	35
2.2.4.8. Derechos	35
2.2.5. Enfoques y vertientes de la calidad de vida	35
2.3. Definición conceptual	43
2.3.1. Violencia familiar	45
2.3.1.1. Principales definiciones	45
2.3.1.2. Tipos de violencia	45
CAPÍTULO III: Metodología	47
3.1. Tipo y diseño utilizado	47
3.1.1. Tipo y enfoque	47
3.1.2. Nivel	47
3.1.3. Diseño de investigación	47
3.2. Población y muestra	48
3.2.1. Población	48
3.2.2. Muestra	48
3.3. Identificación de la variable y su operacionalización	49
3.3.1. Operacionalización de la variable	49
3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico	50
3.4.1. Técnicas	50
3.4.2. Instrumento	50
CAPÍTULO IV: Presentación, procesamiento y análisis de los resultados	56
4.1. Procesamiento de los resultados	56
4.2. Presentación de los resultados	59
4.3. Análisis y discusión de los resultados	68
4.4. Conclusiones	71
4.5. Recomendaciones	72
CAPÍTULO V: Intervención	73
5.1. Denominación del programa	73
5.2. Justificación del problema	73

5.3.	Establecimiento de objetivos	74
5.4.	Sector al que se dirige	74
5.5.	Establecimiento de conductas problemas/metás	74
5.6.	Metodología de la intervención	75
5.7.	Instrumentos/material a utilizar	75
5.8.	Cronograma	76
5.9.	Actividades	77
Referencias bibliográficas		97
Anexos		101
Anexo 1. Matriz de consistencia		102
Anexo 2. Escala GENCAT de calidad de vida		105
Anexo 3. Estadísticos descriptivos		107
Anexo 4. Descripción cuantitativa de la muestra de estudio “sexo”		108
Anexo 5. Descripción cuantitativa de la muestra de estudio “grado de instrucción”.		109
Anexo 6. Descripción cuantitativa de la muestra de estudio “estado civil”.		110
Anexo 7. Cuestionario de satisfacción sobre el programa “Comunicándonos se vive mejor”.		111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de datos obtenidos por medio del instrumento	59
Tabla 2. Análisis de la calidad de vida	60
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de bienestar emocional	61
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de relaciones interpersonales	62
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de bienestar material	63
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de desarrollo personal	64
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de bienestar físico	65
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de autodeterminación	66
Tabla 9. <i>Frecuencia y porcentaje de inclusión social</i>	67
Tabla10. Frecuencia y porcentaje de derechos	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Calidad de Vida: Teorías, conceptos y autores	38
Figura 2. Figuras existenciales	40
Figura 3. La pirámide de Maslow	41

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la calidad de vida que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho. El estudio se elaboró con el apoyo de una muestra de 100 personas entre 26 y 75 años a quienes se seleccionó teniendo en cuenta su asistencia frecuente a las terapias psicológicas del módulo, siendo elegidos a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. El tipo de estudio fue no experimental, con diseño descriptivo, con enfoque cuantitativo, de corte transversal. El instrumento empleado fue “La escala GENCAT de calidad de vida” constituido por 69 ítems en escala tipo Likert, con ocho dimensiones: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. En la confiabilidad, se realizó el procedimiento del alfa de Cronbach, con niveles de aceptabilidad mayores a 0.80. Los resultados obtenidos arrojaron que la muestra evaluada representa un índice de calidad de vida regular, puesto que obtuvo un porcentaje de 27%. En cuanto a la dimensión de bienestar emocional, los pacientes evidencian un nivel regular (37%), con respecto a las relaciones interpersonales, esta se halla en un nivel malo (28%), en el bienestar material, se ubican en la categoría muy mala (35%), siendo a su vez la dimensión con el puntaje más bajo en relación a las otras; así mismo, desarrollo personal se ubica en la categoría buena (30%), en bienestar físico se logró estar dentro de la categoría regular (37%), la autodeterminación encontrándose dentro del nivel regular (31%), además está la dimensión de inclusión social la cual en primera instancia se encuentra dentro del nivel regular (24%), sin embargo la misma está en concordancia con la categoría muy mala obteniendo de igual manera un 24 %, finalmente esta la dimensión derechos donde se tuvo como resultado la categoría regular (30%).

PALABRAS CLAVES

Calidad de vida – terapia psicológica – dimensiones - bienestar emocional - paciente.

ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine the quality of life presented by the patients of the Child and Adolescent Health Care Maltreatment Module (MAMIS) in the district of San Juan de Lurigancho. The study was developed with the support of a sample of 100 people between 26 and 75 years who were selected taking into account their frequent assistance to the psychological therapies of the module, being chosen through a non-probabilistic sampling of intentional type. The type of study was non-experimental, with a descriptive design, with a quantitative, cross-sectional approach. The instrument used was "The GENCAT scale of quality of life" consisting of 69 items on a Likert scale, with eight dimensions: Emotional well-being, interpersonal relationships, material well-being, personal development, physical well-being, self-determination, social inclusion and rights. In reliability, the Cronbach alpha procedure was performed, with levels of acceptability greater than 0.80. The results obtained showed that the evaluated sample represents a regular quality of life index, since it obtained a percentage of 27%. Regarding the dimension of emotional well-being, patients show a regular level (37%), with respect to interpersonal relationships, this is at a bad level (28%), in material well-being, they are located in the category very bad (35%), being in turn the dimension with the lowest score in relation to the others; likewise, personal development is located in the good category (30%), in physical well-being it was achieved within the regular category (37%), self-determination being within the regular level (31%), in addition there is the inclusion dimension social which in the first instance is within the regular level (24%), however it is in accordance with the very bad category, obtaining in the same way a 24%, finally there is the rights dimension where the regular category was obtained (30%).

KEYWORDS

Quality of life - psychological therapy - dimensions - emotional well-being - patient.

INTRODUCCIÓN

La encuesta Calidad de Vida Internacional 2015, elaborada anualmente por la consultora estadounidense Mercer, tiene como objetivo determinar la calidad de vida a través de factores como transporte público, salud, economía, educación, vivienda y agenda cultural. Estos resultados colocan a Lima en la sexta posición en Latinoamérica, y en el puesto 124 a nivel mundial. Si se hace referencia a la calidad de vida se habla de un término multidimensional el cual abarca diferentes aspectos como, el estado psicológico, el cual pueda permitir a los sujetos tener una vida llevadera, la misma puede verse alterada por diferentes razones como, la falta de economía, no contar con las necesidades básicas necesarias para subsistir, desastres naturales, sufrir de algún tipo de violencia (psicológica, física, sexual, etc.) dentro de la familia y/o alguna situación que pueda llegar a afectar su tranquilidad y su normal desenvolvimiento en su vida diaria, a su vez, vemos la importancia de una buena salud física, la que por lo general se encuentra de la mano con la psicológica.

Para Schalock y Verdugo (2002-2003), la calidad de vida hace referencia a un concepto multidimensional, constituido por las mismas dimensiones para todas las personas, la misma está influida por factores ambientales y personales, así como por su interacción, la cual se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas de vida. Su medición indica el grado en que las personas poseen experiencias vitales que aprecian, reflejando las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, teniendo en consideración el contexto físico, social y cultural, significativos para los sujetos, la misma incluye experiencias humanas comunes y del mismo modo, las experiencias vitales únicas (Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe, 2005). Por consiguiente, los principales usos del concepto de calidad de vida son de tres tipos. En primer lugar, como un marco de referencia para la prestación de servicios. Seguidamente, como un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia. Y tercero, como un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de la calidad.

Según Alguacil (2008) en concordancia con su “teoría de la complejidad” tuvo la intención de cambiar la visión del bienestar por una perspectiva compleja de “calidad de vida”, la misma que estuviera constituida por la calidad ambiental (habitacional, residencial), el bienestar (trabajo, salud, educación) y la identidad cultural (tiempo libre,

ocio, participación, relaciones y redes sociales). A su vez, agregó que la calidad de vida no solo se veía relacionada con la parte intrínseca de las personas, sino también con aspectos extrínsecos, los cuales eran de suma importancia para las nociones del desarrollo humano. Comprendió, entonces, que la vida humana es valiosa por sobre encima de cualquier otro bien, donde su objetivo es que todos los seres humanos cuenten con la misma cantidad de oportunidades, incrementen sus capacidades y las usen de la forma más correcta posible, logrando el beneficio propio y el de los demás, del mismo modo se tiene en cuenta al cuidado de los recursos actuales en beneficio a las generaciones futuras.

Por lo antes expuesto, el presente estudio busca determinar la calidad de vida que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho. Para ello se necesitó tener conocimiento de antecedentes de investigaciones, en cuanto a las nacionales se tuvo en consideración a los de Guerrero (2013), Delgado (2015), Vallejos (2016), Rojas (2016), De los Santos (2017), con respecto a las internacionales se observa a Sánchez (2014), Martínez (2015), Ruiz (2015).

Con el fin de tener una secuencia con respecto al contenido del estudio, se decidió dividir la información en seis capítulos. El primero se centra en el **Planteamiento del problema**, donde se encuentra la descripción de la realidad problemática, la formulación del problema, objetivos tanto generales como específicos, la justificación e importancia. Dentro del segundo capítulo se presenta el **Marco teórico conceptual** en el cual se puede encontrar antecedentes tanto nacionales como internacionales, los cuales han servido de soporte para la investigación. De acuerdo al tercer capítulo se encuentra la **Metodología** en la cual se enfatizará el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, identificación de variables, técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos. Como cuarto capítulo están los **Resultados**, aquí se presentarán y se discutirán los mismos. En el quinto capítulo se darán a conocer las **Conclusiones y recomendaciones** a las que se ha llegado. Por ultimo está el sexto capítulo en él se presentará una propuesta de **programa de intervención**, teniendo en cuenta los resultados predominantes del diagnóstico.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El ranking anual a nivel mundial sobre *Calidad de vida*, realizado por la consultora estadounidense Mercer (2017), ubica a Lima en el puesto 124 (de 231 ciudades), un puesto más abajo respecto al año anterior. Los criterios fundamentales para elaborar este ranking son la adecuada infraestructura, mayor seguridad para sus habitantes, acceso al transporte, buenos estándares sanitarios, entre otros. A nivel Latinoamericano, coloca a Lima en el puesto 12 por debajo de otras como Buenos Aires (2), Santiago de Chile (3) y Ciudad de Panamá (4). Según Regalado (2017), CEO de Mercer Perú, la posición “poco variable” de la capital demuestra que “no necesariamente ha realizado grandes cambios” que le permitan escalar posiciones.

Los ciudadanos limeños piensan que su calidad de vida está directamente relacionada con el transporte. Tal información se obtuvo a través de un estudio elaborado por la Red Peruana por Ciudades Justas, Democráticas y Sustentables en la capital (2012). Aquí se evidencia que la movilidad y el transporte (17 %) es el rubro más importante para tener una mejor calidad de vida en Lima. Seguidamente están, la seguridad ciudadana (15,6 %), el medio ambiente (13,8 %), la cultura y patrimonio (10,8 %) la vivienda y servicios (8,6 %). Para los trujillanos y arequipeños, por ejemplo, la situación es distinta. En el primero, lo más importante es la salud (17,2%) y, en la ciudad Blanca, la educación (16,6 %). El 49% de los limeños considera “muy importante” que el alcalde metropolitano brinde un informe sobre los avances de las obras y el presupuesto ejecutado. Hoy en día las personas tienen un mayor interés en la transparencia y la rendición de cuentas, dice Alegre (2012), sin embargo, los aspectos más técnicos no suelen ser relevantes para los ciudadanos, ya que la mayoría quiere ver lo tangible. Eso porque, paradójicamente, muchos limeños no toman importancia a aspectos tales como saber qué empresas harán las obras, si no, más bien prefieren saber sus beneficios y costos. Los ciudadanos consideran notable que sus alcaldes trabajen con un plan de metas. El 66,9 % apoyaría que esa fuera una norma obligatoria porque “aportarían a mejorar la gestión de la ciudad”. Si la autoridad incumpliera con sus

metas, el 49,1 % no volvería a votar por ellos y el 32,3 % pediría incluso que fueran sancionados.

Molina (2017) mencionó que durante los últimos días de desastres, escasez de agua y otras desgracias, la desesperación comenzó a apoderarse de la población. Motivo suficiente para que imperara el mal humor y, con el correr de los días, esta situación se agravó. Se intensificó la incomodidad, el enojo y la ira.

Esta no es la terrible realidad de daños y muertes que atraviesan los peruanos de las zonas más castigadas por las lluvias y huaicos en el país. Sin embargo, Lima vive, actualmente, días de tragedia en medio de situaciones complicadas. La molestia de los limeños es justificable, sobre todo debido a la falta de certeza frente al futuro, explica el médico psiquiatra Bromley (2017). “Cada uno vive su realidad. El malestar se debe a la incertidumbre. No sabemos qué va a pasar y eso genera ansiedad”.

Entre otros elementos que deterioran la calidad de vida se relacionan muchos trastornos, los cuales suelen tener una raíz genética y hereditaria; sin embargo, se sabe que no todo es genético, sino que el factor ambiental es mucho más importante. Por ejemplo, cuando una persona vive o es testigo de violencia familiar y constantes hechos de violencia, es probable que pueda llegar a desarrollar algún trastorno explica Saavedra (2017), responsable de Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del Instituto Hideyo Noguchi. Además, para Vásquez (2017) las mujeres son las más afectadas. “Dos de cada tres mujeres tienden a deprimirse, mientras que los varones uno de cada dos”. “El género femenino posee más sensibilidad que los hombres, la misma se haya ligada a su biología, maternidad y su vida de casada”. Por ello, se puede observar que la mujer está predispuesta a preocuparse más que el hombre de las cosas de la vida”.

Cutipe (2017) menciona que tratar un problema de salud mental es más complicado que detener una infección, puesto que “en un problema de salud mental no hay un germen que desaparecer, son más sus condiciones sociales y su biología; sin embargo, se ha intentado desvincular los servicios de atención en salud mental, pero no han sido suficientes.

Por otro lado, entre otros aspectos relacionados a la calidad de vida, una encuesta elaborada por la Universidad Católica (2009) a 1259 personas mayores de edad en 16 provincias del país, entre Lima, Callao, Arequipa, Cusco e Ica, sobre “integración, exclusión y oportunidades”, aseguró que todavía continúa el pensamiento, entre los peruanos, que el respeto a los derechos depende del color de piel y el dinero. Así es que el 73 % de los encuestados cree que las personas de piel blanca saben hacer respetar sus derechos “siempre o casi siempre”, a diferencia de un mestizo (37 %) y una persona negra (24 %). Lo que representa un incremento, respecto a diciembre de 2008, donde un 69 % señalaba que las personas blancas hacían valer sus derechos. Aunque el estudio se realizó un tiempo atrás de los hechos violentos en Bagua, al hacer la pregunta sobre si un indígena peruano hace respetar sus derechos, el 54 % de los consultados considera que “nunca/casi nunca” pueden hacerlo. En tanto, un 32 % opina que esto se da “algunas veces” y solo un 13% respaldó la idea de que lo logran “siempre o casi siempre”.

También se reveló que, con respecto al estudio, el 74% considera que los hombres “siempre o casi siempre” hacen respetar sus derechos; en cambio, el 54 % piensa que las mujeres hacen lo propio. Del mismo modo, existe la apreciación de que los ricos (95%) logran ampliamente que sus derechos prevalezcan, en cuanto a los pobres solo lo conseguirían en 14 % de los casos. Por otro lado, el 42% aseguró que las personas discapacitadas “algunas veces” hacen valer sus beneficios como seres humanos.

La investigación también analizó las oportunidades que los peruanos tienen para abandonar la pobreza. Así es que el 88 % aseveró la frase “lo que uno logra en la vida depende de la educación que haya alcanzado”, y un 73 % considera que en el Perú “existen oportunidades para que cualquier peruano que trabaje duro salga adelante”. El 67 % de las personas encuestadas manifestó que hay probabilidades de que la gente pobre logre salir de esa condición.

Por lo antes expuesto, si esta situación continúa como hasta el momento se observaría una calidad de vida deplorable, puesto que, las personas no estarían cumpliendo con el objetivo de vivir dignamente.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo es la calidad de vida que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cómo es **el bienestar emocional** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

¿Cómo son **las relaciones interpersonales** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

¿Cómo es **el bienestar material** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

¿Cómo es **el desarrollo personal** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

¿Cómo es **el bienestar físico** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

¿Cómo es **la autodeterminación** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

¿Cómo es **la inclusión social** presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

¿Cómo son **los derechos** presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la calidad de vida que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

1.3.2. Objetivos específicos

Describir **el bienestar emocional** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Conocer las **relaciones interpersonales** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Determinar **el bienestar material** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Detallar **el desarrollo personal** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Explicar **el bienestar físico** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Especificar **la autodeterminación** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Definir **la inclusión social** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Puntualizar **los derechos** que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

1.4. Justificación e importancia

La presente investigación es de suma importancia, ya que se enfocará en estudiar a los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho con el objetivo de determinar el índice de calidad de vida que presentan estas personas.

Este estudio es conveniente para la entidad, ya que a través de los instrumentos de medición aplicados se podrá identificar la calidad de vida de los pacientes obteniendo una realidad objetiva. A partir de ello, en lo práctico se podrá elaborar un programa de intervención a corto plazo que permitirá proponer alternativas de solución y se espera que en concordancia con la entidad, se llegue a su ejecución.

Se puede aseverar que esta investigación tiene relevancia social debido a que nos permitirá tener conocimiento de cómo algunas personas manejan su vida en cuanto a su salud mental, si cuentan con las necesidades básicas necesarias para sobrevivir y a su vez determinar si las condiciones sociales, tales como agua y desagüe, infraestructura, transporte público accesible y seguridad ciudadana son adecuados

para subsistir. Con ello se logrará identificar datos que servirán para que otras personas obtengan antecedentes de la realidad poblacional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Ruiz (2015) construyó un estudio titulado, “Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama”.

En su introducción mencionaba haber hallado que el cáncer de mama constituye un problema de salud de gran repercusión en la población femenina por su alta incidencia. Debido a que su pronóstico ha mejorado notablemente en los últimos años y la supervivencia actualmente es elevada, el propio proceso y los tratamientos que se aplican tienen importantes repercusiones personales y familiares. En la actualidad, el cáncer de mama no es percibido como una enfermedad terminal, sino como un proceso crónico de larga duración, las estadísticas confirman que se trata de una grave amenaza para la mujer por las secuelas que produce. Los Objetivos a trabajar fueron en primera instancia, estudiar la calidad de vida (CV) en mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama, identificando las secuelas físicas y psicológicas que sufren. Seguidamente se quiso determinar el porcentaje de las mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años que padecen cada una de las secuelas. Posterior a ello estuvo, determinar el porcentaje de las mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años que tienen alterada su CV, por ultimo esta, estudiar qué factores sociodemográficos y clínicos están relacionados con la gravedad que presentan las secuelas y por lo tanto influyen en la CV de estas mujeres. En cuanto a la metodología, este es un estudio observacional y transversal con una muestra de 120 mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años de diagnóstico. A su vez los instrumentos de medida fueron los cuestionarios de la

EORTC QLQ-C30+ BR23 adaptados. Para el análisis de los datos se realizaron diferentes pruebas estadísticas (estudio descriptivo, distribución de frecuencias absolutas y relativas, análisis factorial, estimaciones de parámetros con un nivel de confianza al 95%, contrastes de una proporción, contrastes del Coeficiente de Correlación de Pearson, el Test de la χ^2 de Pearson, la T de Student combinada y el test no exacto de Brown-Forsythe) Resultados La edad media de la muestra es de 51,76 años (D.E. 8,97), el 72,5% están casadas, el 46,7% tienen 2 hijos, 38,3% han sido sometidas a cirugía conservadora, y el 58,3% recibieron quimioterapia+ radioterapia+ terapia hormonal. Tras la realización del análisis factorial se destacan las siguientes dimensiones: problemas del brazo (22,5% de estas mujeres tienen alterada la CV), estado físico (20%), satisfacción de la imagen corporal (22,5%), estado emocional (20,8%), funcionamiento social (7,5%), funcionamiento sexual (60%), problemas de alimentación (2,5%) y molestias en la mama (38,3%). Las conclusiones a las que se llegó fueron que tres de cada cuatro mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama, tienen alterada su CV que se ve afectada por las siguientes secuelas: problemas del brazo, estado físico, problemas de alimentación, problemas de la mama, insatisfacción de la imagen corporal, el estado emocional, el funcionamiento social y sexual. Todas estas mujeres presentan una o más secuelas aunque sean en un grado leve. Más del 80% de estas mujeres, padecen problemas del brazo, alteraciones del estado físico, mal estado emocional.

Sánchez (2014) elaboró una investigación titulada “Salud Sexual y Calidad de Vida en personas con Traumatismo craneoencefálico moderado (TCEM)”.

Donde encontró que, los traumatismos craneoencefálicos (TCE) afectan con mayor frecuencia a personas relativamente jóvenes y constituyen una causa importante de minusvalía neurológica persistente con diferentes grados de incapacidad. El objetivo general trazado fue conocer el estado de Salud Sexual de las personas con Traumatismo Craneoencefálico Moderado (TCEM), medir su Calidad de Vida (CV) y explorar desde la perspectiva de las personas los cambios generados en su vida a consecuencia de la lesión. Con respecto a los objetivos específicos están, describir las características sociodemográficas de los pacientes; describir las alteraciones sexuales existentes en los pacientes que han sufrido un

TCEM; analizar si existe relación entre los resultados obtenidos y las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, convivencia); describir desde la perspectiva de las personas afectadas los cambios producidos como consecuencia de la lesión en sus relaciones interpersonales, salud sexual y CV. El diseño de tipo exploratorio, descriptivo, transversal para medir la calidad de vida y la función sexual; los sujetos de estudio estuvieron conformados por 184 pacientes con TCEM pertenecientes a las diferentes asociaciones adscritas a la Federación Nacional de Daño Cerebral (FEDACE). Del total de posibles participantes, 1.310 afectados, se obtuvo respuesta del 14,2%. En la instrumentalización se usó el registro de variables sociodemográficas de los participantes. Evaluación de la calidad de vida mediante el cuestionario de salud SF36 y de las disfunciones sexuales posteriores al TCEM con los cuestionarios EVAS-M y EVAS-H. Estudio etnográfico con muestreo opinático de varones y mujeres que padecen TCEM. Recogida de información a través de grupo focal seguido de análisis de contenido temático. Dentro de los resultados arrojados se observó que, el rango de edad osciló entre 19 y 60 años con un promedio de 36,61 y desviación típica de 11,24 años. Los resultados de CV obtenidos a través del SF36, muestran una puntuación más baja que la población española de referencia en todas las dimensiones, afectando el TCEM a todas las áreas valoradas en el cuestionario. Se evidencian alteraciones en las actividades de la vida diaria, en el ámbito de relación personal, alteraciones conductuales y emocionales, cambios en la propia vida y en la familia. En cuanto a las alteraciones sexuales surgidas posteriores al TCEM, se detectan problemas sexuales persistentes y disminución de la frecuencia de relaciones coitales. El 55,7% de la muestra está muy insatisfecho con su actividad sexual, encontrando mayor satisfacción sexual entre las personas con TCEM que no habitan en el núcleo familiar. El 62,3% de los varones y el 26,6% de mujeres padecen disfunciones sexuales. Los problemas con mayor prevalencia en los hombres son la eyaculación precoz y disfunción eréctil y en las mujeres los de sequedad vaginal, la falta de excitación, de orgasmo y la dispareunia. Se llegó a las conclusiones de que los cambios cognitivos, físicos, emocionales y comportamentales que ocurren tras sufrir un TCEM tienen una repercusión directa sobre la sexualidad. El funcionamiento, la respuesta y la expresión sexual de estos pacientes pueden verse alterados de forma negativa. Así mismo estas secuelas producen un gran impacto en la CV de las personas afectadas. Principalmente debido a las repercusiones sobre la propia vida y la familia, la alteración de los roles

familiares y emociones, que modifican sensiblemente y cuestionan su propia valía y sentido en la vida.

Martínez (2015), elaboró un estudio llamado “Calidad de vida en personas con esclerosis múltiple y relación con la salud de su cuidador”.

Propuso el siguiente objetivo principal, analizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud física y mental (CVRS) de personas con Esclerosis Múltiple mediante el cuestionario MSQOL-54. Para ello eligió un diseño descriptivo y correlacional para identificar y describir las relaciones hipotéticas planteadas se trabajó con una muestra de 115 personas (34 varones y 81 mujeres) con diagnóstico de Esclerosis Múltiple y 79 cuidadores informales (55 mujeres y 24 varones) sometidos a estrictos criterios de inclusión y exclusión. Se han utilizado Cuestionarios sociodemográficos, el cuestionario (GHQ-12) y el (MSQOL-54). Obteniendo como resultados, en cuanto a las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM), se encontró que la mayoría de los pacientes (75,7%) sufrió EM remitente-recurrente, con una discapacidad física, de acuerdo con criterios de EDSS, de 3,19, el tiempo de enfermedad está en una media de 4 años. En cuanto a las características sociodemográficas, de los 115 pacientes, 81 son mujeres y 34 hombres, el rango mayor de edad se encuentra entre 31 y 50 años (33.8%; 32.4%), la mayoría tienen estudios primarios (34.6%) están casados (60%) y el 61.2% tienen uno o dos hijos. Las variables que presentaron una relación significativa con la CVRS física fueron: La situación laboral; las medias de los pacientes que trabajan fueron significativamente más altas que las de los que no trabajan. El rango más joven de edad (20-30 años) presenta una relación significativa con la CVRS física. El tiempo de enfermedad solo mostró una relación estadísticamente significativa con la subescala de salud física ($r = -.299, p < .05$), una duración mayor de la enfermedad su CVRS física es menor. El grado de discapacidad presentó una relación significativa ($p < .05$) a medida que la discapacidad fue mayor la CVRS se vio reducida en todas sus dimensiones. Con respecto a los resultados de las personas cuidadoras en función de las características sociodemográficas, de las 79 personas cuidadoras, 55 son mujeres y 24 son hombres, el mayor porcentaje se encuentran en el rango de edad de 41 a 50 años, el porcentaje mayor lo tienen los que han cursado estudios primarios, también los que están trabajando y las personas casadas. En la salud

mental, la puntuación total obtenida en el GHQ-12 fue de 12.89 con una desviación típica de 5.49. En relación a la autopercepción de la salud el 48.7% indicó que su salud es buena, presentado una media de 2.27 con una desviación típica de 0.86. En el número de enfermedades el 70% de los cuidadores padecían 3 o menos, lo que significa que el 30% padecen al menos 4 enfermedades. Por otro lado, en cuanto a la relación de la salud mental del cuidador medida a través del GHQ-12 y las variables demográficas, los resultados mostraron que el sexo está relacionado con la salud mental de la persona cuidadora, siendo menor en las mujeres que en los hombres. Con respecto a la relación que se establece entre la CVRS del paciente con EM y la salud de la persona que lo cuida, los resultados mostraron relación significativa entre el número de enfermedades del cuidador y la CVRS física de la persona con EM. Las conclusiones a las que se llegó fueron que, la calidad de vida se relacionaba con la salud en la muestra de nuestro estudio es menor que la de la población general. Además las características clínicas y sociodemográficas que más influyen en la CVRS Física de las personas con EM son: La edad, el nivel educativo, el estado civil, el tener o no tener hijos, la situación laboral, el tiempo de enfermedad y el grado de discapacidad (EDSS). Las características clínicas y sociodemográficas que más influyen en la CVRS Mental de las personas con EM son: El sexo, la edad, la situación laboral, el nivel educativo, el estado civil, el tiempo de enfermedad y el grado de discapacidad (EDSS). El factor sociodemográficas que menos influyen en la CVRS Mental de las personas con EM de nuestro estudio es: el tener o no tener hijos. Las características sociodemográficas, de las personas cuidadoras, son similares a las de la población general de personas cuidadoras informales y a las de las personas cuidadoras de pacientes con EM. Las personas cuidadoras informales de los pacientes de EM, tiene un nivel de salud menor que la población cuidadora general. En la relación entre la persona cuidadora y el paciente con EM, en la medida que el número de enfermedades de la persona cuidadora fue mayor, la CVRS Física del paciente con EM, se vio reducida. 8. La disminución de la salud mental de la persona cuidadora, influye negativamente en la CVRS Mental del paciente con EM.

Cherúa et al. (2011), con su estudio “Calidad de vida del paciente ostomizado”.

Mencionaron en su introducción que los pacientes ostomizados presentan cambios fisiológicos y psicológicos importantes relacionados con la pérdida del control esfinteriano, los ruidos intestinales, la forma de canalizar gases, la incomodidad a causa del olor, la vigilancia del llenado de la bolsa y la irritación de la piel periestomal que influyen en su calidad de vida. Teniendo como objetivo, evaluar la calidad de vida del paciente ostomizado en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México. Con respecto al material y métodos se utilizó un estudio descriptivo, transversal, del 1 de enero al 29 de mayo de 2009 en pacientes con ostomía. Se aplicaron dos cuestionarios de calidad de vida: SF-36 versión 2.0, con 36 reactivos que evalúan ocho dimensiones, y el cuestionario de Montreux. Resultados: La puntuación en la sección de calidad de vida del cuestionario de Montreux osciló entre 60.8 y 81.2. Las puntuaciones con el cuestionario calidad de vida SF36 versión 2.0 fueron las siguientes: funcionamiento físico 67.04, papel físico 56.06, dolor físico 68.28, salud general 57.16, con una media global de 62.14. Para los componentes mentales: vitalidad 68.37, función social 71.53, rol emocional 71.48 y salud mental 68.67, con una media global de 70.01. Como conclusiones se detalló que, la calidad de vida de la población estudiada fue buena. El miedo a la fuga de materia fecal por el estoma y el ámbito sexual fueron las dimensiones más afectadas y a su vez las responsables de la disminución en el índice de la calidad de vida.

2.1.2 Nacionales

Guerrero (2013) realizó un estudio titulado “Mejorando la calidad de vida de personas seropositivas a través del modelo de calidad de vida relacionado con la salud”.

El objetivo principal fue mejorar la calidad de vida en personas con VIH del Grupo de Autoayuda Mutua a través del Modelo de Calidad de Vida Relacionado con la Salud. La investigación planteó un enfoque mixto con preponderancia cualitativa y abordaje IAP (Investigación Acción Participación). La muestra cuantitativa es 30 y 7 la cualitativa. Se utilizó la entrevista semiestructurada y el cuestionario de GENCAT.

Se arribaron a las siguientes categorías en un primer momento: Malestar bioorgánico por TARGA y seropositividad, Trastornos psicológicos con tres subcategorías: depresión, comportamiento suicida y baja autoestima y la tercera categoría: dificultad en las relaciones socio-familiares, con sus subcategorías: exclusión social, discriminación y problemas en las relaciones de pareja y sexualidad; después de los proyectos de acción emergieron: Incrementando el autocuidado para hacer frente a los efectos adversos de la TARGA y seropositividad, expresando bienestar psicológico por adquirir conocimientos y mejorando las relaciones socio-familiares y sexualidad. Los resultados obtenidos fueron que las afecciones orgánicas son producto de la TARGA y seropositividad, que presentan trastornos psicológicos producto del proceso de adaptación al diagnóstico, que están o han pasado crisis de depresión, comportamientos suicidas, baja autoestima y han vivenciado discriminación tanto por familiares, pareja y sociedad; afectando terriblemente su calidad de vida. Posterior a la intervención, los resultados fueron positivos, observándose cambios notorios en mejora de su calidad de vida.

De los Santos (2017), elaboró una investigación llamada “Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital”.

El objetivo fue determinar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, a su vez se utilizó un diseño descriptivo-correlacional, con un nivel aplicativo de corte transversal prospectivo, la técnica de muestreo fue probabilístico teniendo una muestra de 33 pacientes. Para llevar a cabo este estudio se hizo uso de dos cuestionarios para medir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, los mismos fueron sometidos a juicio de expertos y prueba de estadísticos para darle validez y confiabilidad. Posteriormente se concluyó que, no se encontró relación significativa entre calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, sin embargo se encontró relación significativa entre calidad de vida con estrategias de afrontamiento activo, en la que se observó que a una regular a buena de calidad de vida encontramos de nivel medio a alto la aplicación de estrategias de afrontamiento y en el caso de una mala calidad de vida hay una baja aplicación de estrategias de afrontamiento, esta relación se comprobó

mediante la prueba de hipótesis Ji- cuadrado en donde se obtuvo como resultado la aceptación de la hipótesis nula.

Delgado (2015), Construyó un estudio llamado “Calidad de vida del paciente con epilepsia en el instituto nacional de ciencias neurológicas”.

El autor manifestó en su introducción que la epilepsia es un problema de salud pública en toda Latinoamérica, no siendo el Perú ajeno a la existencia de un gran número de casos. El impacto de esta enfermedad en el ámbito cultural y socioeconómico es importante para el desarrollo de la vida del paciente con epilepsia, siendo necesario el conocimiento de su estándar de vida, en base a lo cual se determinarán las recomendaciones específicas destinadas al mejoramiento del nivel de vida. El objetivo principal fue determinar la calidad de vida del paciente con epilepsia que acude al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas entre Junio 2006 y Diciembre 2007. Como objetivos específicos se desarrollaron los siguientes; el primero fue determinar el nivel de bienestar físico, el segundo determinar el nivel de bienestar psicológico y el tercero es determinar el nivel de bienestar social del paciente con epilepsia. El método utilizado es de tipo no experimental, observacional, descriptivo, transversal, y retrospectivo, además se realizó un muestreo no probabilístico. Se trabajó con la aplicación del instrumento QOLIE- 31 a un total de 120 pacientes admitidos al departamento de epilepsia en el servicio de consultorio externo. Al finalizar el estudio se alcanzó los siguientes resultados, el mayor número de pacientes correspondía al sexo masculino (57%), estando la mayoría en el grupo etario: 18-30 años (63%), tiempo de evolución menor de 10 años (63%), epilepsia sintomática (76%), y patrón de presentación de crisis epilépticas: mayor de 1 crisis por semana a 1 crisis al mes (38%). El 62% se hallaba en monoterapia antiepiléptica de primera línea. El puntaje global del QOLIE-31 en esta muestra fue de 50.08, bajo en comparación con otras poblaciones estudiadas. En relación a las tres dimensiones de la calidad de vida se evidenció la siguiente puntuación: bienestar físico: sensación de energía o fatiga (6.89) y efectos de la farmacoterapia (1.98); psicológico: preocupación por las crisis (2.83), valoración global de la calidad de vida (8.72), bienestar emocional (6.62), y funciones cognitivas (11.67); y social: relaciones sociales (11.37). En general, las áreas de mayor compromiso son: preocupación por crisis (2.83) y efectos de la medicación (1.98) se

concluyó que la calidad de vida del paciente del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas es mala. Las dimensiones de la calidad de vida más comprometidas son la física y la psicológica. En general, las áreas de mayor compromiso de calidad de vida son: preocupación por las crisis y efectos de la medicación.

Vallejos (2016), construyó un estudio titulado “Calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”.

El Objetivo general fue determinar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima – Perú. El método de la investigación fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 248 pacientes con quienes se usó la técnica de la encuesta, posteriormente se solicitó el llenado de un consentimiento informado para luego ser aplicada la escala de tipo Likert modificada. Los resultados alcanzados fueron que del 100% (248), 66% (163) es regular, 18% (44) es alta y 16% (41) baja. En cuanto a la dimensión física 71% (177) es regular, 15% (37) alta y 14% (34) baja; en la dimensión psicológica 60% (149) es regular, 21% (52) es baja y 19% (47) alta; en la dimensión social 58% (145) es regular, 21% (53) baja y 21% (50) alta, como conclusiones se tuvo que la calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria, la mayoría expresan que es de regular a alta ya que necesitan permanecer en la cama sentado en una silla durante todo el día, se sienten débiles, tristes, participan en reuniones sociales y/o paseos de recreación; duermen de 6 a 8 horas, se preocupan mucho por la impresión que causan ante los demás y manifiestan que el tratamiento ha interferido en su vida familiar; seguido de un mínimo porcentaje significativo que expresan que es baja ya que no pueden realizar actividades que requieran un esfuerzo físico, se preocupan mucho por la impresión que causa a los demás y no participan en reuniones sociales y/o paseos de recreación.

Rojas (2016), llevó a cabo una tesis a la cual tituló como “Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal”.

La misma tiene como objetivo conocer la relación existente entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y los estilos y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer gastrointestinal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes, entre 31 y 70 años ($M=56.16$, $DS=10.60$), que asisten a tres hospitales de Lima. Para ello, se utilizó la adaptación española del cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud (SF-36) (Alonso, Prieto & Antó, 1995) y el inventario de estimación de afrontamiento COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Al obtener los resultados, se hallaron relaciones significativas e inversas entre la dimensión de salud mental con el estilo evitativo y la estrategia desentendimiento conductual. Respecto a las dimensiones de calidad de vida, salud mental y salud general estuvieron asociadas a las estrategias de planificación y acudir a la religión. Se concluye que la mayoría de participantes presentan niveles promedio y alto en las dimensiones de CVRS, lo que hace indicar que la calidad de vida se encuentra preservada, a excepción del rol físico y componente físico. Además, respecto al afrontamiento se observó que la muestra hace un mayor uso del estilo centrado en la emoción y de la estrategia acudir a la religión. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la CVRS según antecedentes de enfermedad y en afrontamiento con las variables de sexo, estado civil y nivel de instrucción.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría de la complejidad, según Alguacil (2008)

Hace énfasis en la importancia de superar lo meramente cuantitativo para introducir también los aspectos cualitativos, a fin de cambiar la visión del bienestar por una perspectiva compleja de “calidad de vida”, que comporte la calidad ambiental (habitacional, residencial), el bienestar (trabajo, salud, educación) y la identidad cultural (tiempo libre, ocio, participación, relaciones y redes sociales). Complementario de ello es que la calidad de vida se relaciona con aspectos no solo intrínsecos de los sujetos, sino que también comprende aspectos extrínsecos

altamente importantes para las concepciones del desarrollo humano sostenible , en el entendido de que este valora la vida humana por encima de cualquier otro bien y tiene como objetivo permitir que todos los seres humanos tengan las mismas oportunidades, aumenten sus capacidades y las utilicen de la mejor forma posible, de modo que todo ello redunde en su propio beneficio y en el de los demás, así como conlleva también una seria preocupación por el cuidado de los recursos naturales en pro de las generaciones futuras.

Lo anterior se refleja desde los ochenta del siglo pasado, en la posición de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que se dirige a la búsqueda de la calidad en el desarrollo de las sociedades. Lo anterior va orientando los esfuerzos y el interés por nuevas visiones socioeconómicas que buscan la incorporación de la preocupación por el medio ambiente y la importancia de la subjetividad en el bienestar de los pueblos, fundamentándose en la búsqueda de sustentabilidad medio ambiental y social (Yasuko y Watanabe, 2011).

Para Alguacil (2008), el desarrollo humano sostenible tiene sentido solo en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades humanas, regulada por los derechos humanos tanto de carácter individual como colectivo, y se circunscribe a la perspectiva de calidad de vida. Por ello, las discusiones en torno al desarrollo ligado con la calidad de vida se han ampliado, y deberán seguirse incrementando, por lo que cada vez van tomando más fuerza nuevas concepciones. En América Latina, por ejemplo, puede resaltarse a las comunidades indígenas de Ecuador y Bolivia que han presentado una propuesta diferente, que propende por lo que se ha denominado “el buen vivir”, entendido este como una crítica al desarrollo basado en la óptica de crecimiento económico y visto más bien como una alternativa al propio desarrollo. Así lo señala Gudynas (2012):

El buen vivir es una expresión que debe mucho a los saberes tradicionales, especialmente andinos. Sus referentes más conocidos son el sumak kawsay del kichwa ecuatoriano, y el suma qamaña del aymara boliviano. Pero no está restringido a ellos, y posturas similares se encuentran en otros pueblos indígenas, y algunas son de reciente configuración.

Entonces, el buen vivir lo que pretende es lograr la armonía entre los seres humanos, sus comunidades y la naturaleza o entorno, un apego total a los valores y derechos, que también se visibiliza en el caso colombiano a través de las actividades y movimientos promovidos por sabedores indígenas del Amazonas y chamanes del Putumayo. Consecuencia de estas nuevas visiones que se señalan, es que las constituciones políticas más recientes han reestructurado el concepto de desarrollo y van más allá de la calidad de vida, como ocurre con la Constitución Ecuatoriana de 2008, que contiene en el Capítulo Segundo los llamados Derechos del buen vivir, y que en voz de Gudynas y Acosta (2011) se refieren a: una amplia variedad de derechos (como a la alimentación, a un ambiente sano, al agua, a la comunicación, a la educación, a la vivienda, a la salud, a la energía, etc.). Sin embargo, el mismo Gudynas explica que el buen vivir no consiste en regresar al pasado sino en construir futuro, y sirve de punto de encuentro a posturas éticas alternativas que le reconocen derechos a la naturaleza, e introducen nuevos conceptos de justicia y bienestar humano.

Finalmente, como lo señala Carvajal (2009), hoy es necesario “hacer apuestas alternativas de desarrollo, incluyentes, con la multiplicidad –heterogeneidad– de actores”, que coexistan en cada comunidad.

2.2.2. Modelo ecológico de Lawton (2001)

Este modelo está compuesto por cuatro categorías determinantes de la calidad de vida que, a su vez, abarcan muchos otros dominios más específicos:

2.2.2.1. Calidad de vida física: esta categoría se encuentra más directamente vinculada con la parte biológica, en tanto que es determinada por los estados de salud, la presencia de dolor, síntomas o limitaciones funcionales y/o cognitivas.

2.2.2.2. Calidad de vida social: contiene una serie de indicadores relativamente objetivos vinculados a las relaciones del individuo con el mundo exterior. Entre ellos se hallarían el tamaño de la red social, la frecuencia de contactos o el grado de participación del individuo en actividades.

2.2.2.3. Calidad de vida percibida: esta dimensión representa la interpretación subjetiva de la calidad de vida social, en la cual el individuo evalúa entre otros aspectos, la calidad de sus relaciones familiares, de sus amistades, la calidad de su tiempo o a la seguridad económica.

2.2.2.4. Calidad de vida psicológica: esta categoría integra los afectos, los estados de ánimo, las necesidades personales y los puntos de vista (perspectivas). Cada uno de ellos tiene un efecto más generalizado sobre la calidad de vida global. Esta dimensión contiene variables motivacionales como el control primario y secundario (Schulz y Heckhausen, 1996). A su vez el sentido de coherencia y la autoestima se consideran integrantes relevantes de esta calidad de vida. Por el contrario, la necesidad de cuidados o la dependencia socavarían significativamente la calidad de vida.

Schalock y Verdugo (2003) también adoptan un enfoque ecológico de calidad de vida, señalando la existencia de tres niveles que afectarían a la calidad de vida de las personas:

- *El microsistema* o contexto social inmediato, como la familia, el hogar, el grupo de iguales y el lugar de trabajo. Este nivel repercute directamente en la vida del individuo.
- *El mesosistema* o vecindario, comunidad, agencias de servicio y organizaciones, que repercuten directamente al funcionamiento del microsistema y, del mismo modo, indirectamente al individuo.
- *El macrosistema* o los patrones culturales más amplios, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad en la que vive el individuo los cuales determinan sus valores y creencias.

Ambos autores apuestan por una conceptualización de la calidad de vida eminentemente subjetiva, contextual y multidimensional:

Subjetiva en tanto que existen diferencias tanto inter como intraindividuales a la hora de experimentarla. Ello parece indicar no solo que el concepto de calidad de vida es

diferente en cada persona sino que incluso en un mismo individuo va variando con el devenir del ciclo vital.

En segundo lugar, la calidad de vida es un constructo contextual, puesto que, se ve influenciada por los factores ambientales que enmarcaban la vida de las personas. Su familia, sus amistades, el trabajo, el vecindario, la ciudad en la que vive, la educación que ha recibido, el sistema político, etc., son factores que pueden llegar a favorecer o, por el contrario, obstaculizar que el individuo logre satisfacer sus necesidades, que lleve a cabo una elección de carácter personal con respecto a sus intereses y destaque en las áreas vitales más importantes, que, en pocas palabras, establecen dimensiones esenciales de la calidad de vida. A su vez, las necesidades e intereses de una persona estarán determinados, en parte, por el contexto en el que crece y se desarrolla.

Finalmente, la calidad de vida es multidimensional, en tanto se propone un modelo de calidad de vida integrado por ocho dimensiones: bienestar físico, bienestar material, derechos, desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales, inclusión social y bienestar emocional.

Algunas de estas dimensiones vinculan la calidad de vida al crecimiento personal y al desarrollo de oportunidades. En consecuencia, la conceptualización de calidad de vida propuesta por Schalock y Verdugo pone de manifiesto el importante rol que desempeña el bienestar psicológico en la calidad de vida que experimenta el individuo. Autores como Lawton (1983) también han enfatizado las implicaciones psicosociales del constructo, destacando todo aquello que en la persona se puede definir como metas personales y sociales legítimas. La calidad de vida, desde este planteamiento, se vincularía a la noción de propósitos vitales, la cual, como se verá a continuación, constituye un componente esencial del bienestar psicológico humano.

2.2.3. Modelos comportamentales

(Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000)

Definen que la calidad de vida no solo depende del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también de la conducta que las personas dan a conocer para vivir una vida de calidad. Se da importancia a que el individuo tome conciencia de lo que hace y como lo hace, por lo tanto la calidad de la experiencia propia se vuelve un objeto de análisis.

La calidad de vida desde este posicionamiento comportamental se apoya en hacer las cosas que tenemos que hacer, las que queremos y podemos hacer. La salud, las creencias positivas o existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser, o son, importantes- aunque no determinantes- para obtener una vida de calidad. La personalidad considera desempeñar, un papel importante como sumario de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar que incide en la calidad de vida.

2.2.4. Modelo multidimensional de Verdugo (2003)

En el cual se encuentran ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. Se entiende a las dimensiones de calidad de vida como “un conjunto de factores que constituyen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que muestran el bienestar de una persona” (Schalock y Verdugo, 2003).

A continuación, se presenta una breve definición de cada una de las ocho dimensiones del modelo, así como los indicadores seleccionados para operativizar dichas dimensiones, que han sido fruto de más de una década de investigación nacional e internacional:

2.2.4.1. Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.

2.2.4.2. Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.

2.2.4.3. Bienestar Material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se requiera y se desea tener, como una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

2.2.4.4. Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

2.2.4.5. Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.

2.2.4.6. Autodeterminación (AU): decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.

2.2.4.7. Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, participación, accesibilidad y apoyos.

2.2.4.8. Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

2.2.5. Enfoques y vertientes de la calidad de vida

Al emprender el análisis del concepto calidad de vida, es habitual encontrar la coexistencia de posturas opuestas en diversos investigadores, esencialmente motivados; por un lado se encuentran los procedentes de disciplinas como la geografía y la economía (Park, 1985, Royuela et al, 2004 y 2007, Wang, 2006, Lucero y Celemin 2008, entre otros) se agrupan en torno a una visión más de tipo cuantificable y en términos globales más bien objetiva. Por otro lado, se hayan los que respaldan una perspectiva cualitativa y subjetiva con un énfasis en los aspectos concernientes a la percepción del bienestar individual (Scanlon, 2004 Brock, 2004, Bliss, 2004).

Por lo expuesto anteriormente, se observa el poco consenso alrededor del concepto de calidad de vida, a la par de recalcar la diferencia de varios enfoques que subyacen en estos estudios.

Por consiguiente, se haya un punto de contacto entre los dos enfoques, apuntando a la idea de que muchos de los investigadores perciben a dicho desacuerdo como algo que propone un enfoque multidimensional del concepto evitando un sentido estricto cuantitativo y/o cualitativo, ya que está siendo indispensable tomar los aspectos subjetivos y objetivos de los niveles de calidad de vida de un individuo o grupo social determinado.

Luego de establecer distinciones entre estas posturas se pueden mostrar dos vertientes: los estudios que proceden de la teoría de las necesidades y los que vienen de la teoría de las preferencias; los dos subscritos en las teorías del bienestar (se encargan de las elecciones individuales) y del desarrollo humano (se encargan de estudiar el progreso de los individuos).

Las necesidades entonces, se dividirán en dos tipos: las materiales e inmateriales. Las primeras, destacadas como estándar de vida o nivel de vida, el empleo y la alimentación. A su vez las necesidades inmateriales podrían contener la calidad de las relaciones sociales de una sociedad, el nivel de integración social y las condiciones ambientales desarrolladas en la zona (Ziccardi, 2006). En tal sentido, se podría deducir que las necesidades materiales afectan más a la persona, sin embargo, las

inmateriales se hayan más relacionadas al nivel o grado de satisfacción y necesidades colectivas.

A partir de la figura basada en analizar las necesidades se han difundido una cantidad grande de estudios, En tal manera, es necesario recalcar el desarrollo de una gran suma de indicadores los mismos que permitirán evaluar los niveles de calidad de vida –índices de calidad de vida teniendo en cuenta las necesidad materiales; gran parte de estos estudios se basan en un metodología cuantitativa en el cual el ingreso per cápita posee un papel importante al momento de evaluar los niveles de calidad de vida. Por consiguiente cabe destacar, como tal perspectiva reduccionista ha sido puesta como un asunto a tratar por diferentes autores los cuales contribuyeron más a esta clase de reflexiones metodológicas. Es conveniente entonces, mencionar los estudios desarrollados sobre las preferencias de los sujetos a partir de un enfoque cualitativo, estudiando la apreciación que tienen ellos con respecto al nivel de satisfacción de sus necesidades materiales e inmateriales.

Del mismo modo, estudios que vienen de esta deliberación metodológica asentada en una perspectiva cualitativa, han planteado distintas teorías para que de esta manera intenten explicar la percepción de la satisfacción. Dan Brock (2004) precisa que las preferencias provienen de las teorías hedonistas ósea de la satisfacción de preferencias e ideales de una buena vida. Entonces para explicar estas teorías sería conveniente recalcar que el hedonista deduce que algunos estados como el placer, la alegría y el dolor son aquellos que hacen percibir a la vida como de mejor o peor calidad. Por otro lado, la teoría de la satisfacción de preferencia mantiene que la calidad de vida de un individuo en un momento dado, el mismo se calcula de acuerdo al nivel de satisfacción en concordancia a una escala y jerarquía de preferencias que obtenga un sujeto (satisfacción de las preferencias), teniendo en cuenta al ambiente en el que se relaciona, sino abarcar más de estos límites. Aquello implica que los sucesos dados en distintas partes del mundo del mismo modo corresponderían a las preferencias de la persona en materia.

Del mismo modo, Scanlon (2004) elabora una teoría que se acerca la de Brock (2004). Así que por un lado este autor se refiere a la satisfacción de preferencia, Scanlon por su parte hace referencia a los deseos y la necesidad de contar con los

bienes sustantivos. Por otro lado, una visión diferenciada es la fundada por Bliss (2004), quien implanta a la discusión el concepto de calidad de vida desarrollando el tema de los estándares de vida y el rol decisivo de la moda (de una forma de vida terminante al momento de satisfacer una necesidad). Así pues, el mismo indica que “la persona no puede estar totalmente informada de su propio esta o del de su grupo” (Bliss, 2004: 536), puesto que cualquier proximidad a través de esas teorías podría no ser acertada. En tal sentido, el concepto del término, las distintas figuras metodológicas tomadas en consideración en los estudios y las numerosas maneras de medir el nivel de la calidad de vida de una sociedad, se hace complicado al tener que reducir y/o sintetizar las diversas teorías. Por consiguiente este artículo busca, tratar de esquematizar las diferentes teorías y perspectivas metodológicas que han sido aplicadas en párrafos anteriores (ver Figura 2).

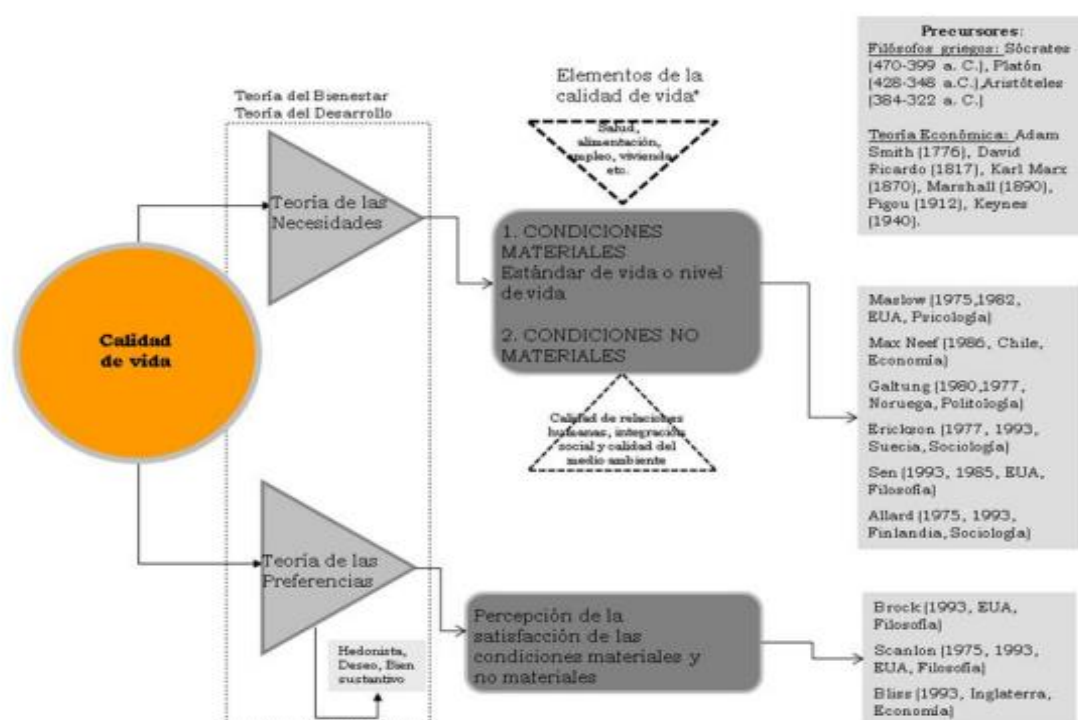


Figura 1. Calidad de Vida: Teorías, conceptos y autores por Escobar y Fitch (2006)

Estudiar indicadores de la calidad de vida teniendo en consideración las necesidades personales y/o colectivas es quizá el enfoque más utilizado y divulgado en la actualidad. Alguacil (1996) hacía referencia a una distinción entre las necesidades, señalando que estas se deben tener en cuenta como un conjunto de carencias y

aspiraciones, en cuanto a las primeras determinarían lo que aún no se ha logrado, la satisfacción de los niveles mínimos socialmente determinados, se inscriben en consecuencia en un aspecto más cuantitativo, distributivo, económico. Por otro lado, las necesidades como aspiración de las personas, se referirían a las nuevas expectativas motivadas tras sentirse satisfecho por las necesidades básicas y fisiológicas.

Alguacil (1996) hace posible la visualización de una jerarquía de las necesidades, desde las más básicas hasta las que podrían haber superado a las primeras. En este sentido, algunos investigadores estudiaron la jerarquización de las necesidades, en este caso, se mencionaría a la teoría de Maslow (1991). De igual modo, otros investigadores decidieron estudiar y evaluar las necesidades fundamentales del ser humano. Max-Neef (1986), estableció el concepto de desarrollo a escala humana mencionando que dichas necesidades se agrupan en categorías existenciales y axiológicas. Es así que, las primeras le darían un sentido a la existencia humana, quiere decir, a las necesidades existenciales de ser, tener, hacer y estar (ver Figura 3). Las categorías axiológicas en relación con el orden de los valores humanos en acuerdo con Max-Neef, estarían vinculadas a la subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Cabe indicar la importancia de lo mencionado por Max-Neef al recalcar como la calidad de vida depende de las posibilidades de los sujetos para satisfacer efectivamente un acumulado de necesidades consideradas fundamentales para él. Del mismo modo, refiere que dichas necesidades son delimitadas y clasificables, es más, resultan ser las mismas en las diferentes culturas, pues lo diverso que subyace en las necesidades suelen ser los medios para lograr la satisfacción de estas. Es así que, tal generalización resulta ser fundamental, ya que de esta manera se hace posible su posterior medición de la calidad de vida a nivel individual y grupal (un país, una comunidad determinada).

De igual forma, es sencillo deducir cómo las propuestas son múltiples, sin embargo, puede estar incluido en esa diversidad, solo si se coincidiera con algunas áreas o cuestiones fundamentales. Para realizar un análisis de esta convergencia se partirá de las categorías existenciales de Max-Neef, quien toma en consideración el lado más amplio de ellas las ha definido puntualmente. Este autor menciona que se debe

comenzar por una de las categorías existenciales como la de tener, la cual se remite a la necesidad de contar con posesiones materiales y espirituales, por ejemplo la posibilidad de tener instituciones, lograr elaborar políticas en diferentes contextos de la sociedad (salud, justicia, etc.), acceder a una alimentación de calidad, tener abrigo, trabajo, igualdad de derechos. Por otro lado, la categoría referida a “estar” es la que explica cómo es que el ser humano tiene la necesidad de estar dentro de un espacio físico y social, con un entorno concreto, donde se vea involucrados espacios de encuentro, creando ámbitos de interacción formativa y participativa de producción, retroalimentación y de pertenencia. En cuanto a la categoría “ser” correspondería a los atributos y características que un sujeto debería tener para complacer sus necesidades; se refiere a que la persona pueda identificar su individualidad, suponiendo tener autoestima, adaptabilidad capacidad de autorrealización.

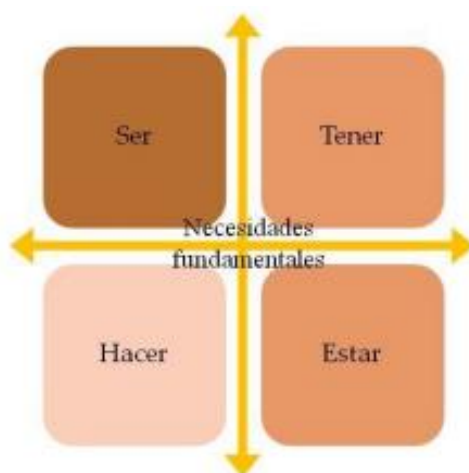


Figura 2. “Figuras existenciales” por Max- Neef (1986)

Finalmente, se encuentra la categoría “hacer”, quien representa la acción, la necesidad de lograr cosas, como por ejemplo, poder alimentarse, procrear, investigar, experimentar, afiliarse, optar, etc. Es a partir de estas categorías que se busca comparar las posturas de varios autores, como Maslow, el cual formula, en los años cincuenta del siglo XX una pirámide de categorías donde en la base se encontrarían las necesidades fisiológicas básicas y las de seguridad, las cuales pertenecen a la categoría “tener”. Seguidamente están las necesidades relacionadas con la afiliación y de reconocimiento, incluidas del mismo modo en la categoría “estar”. Con respecto al nivel superior se encuentra la necesidad de autorrealización ubicada dentro de la categoría “ser” (ver Figura 3).



Figura 3. “La pirámide de Maslow” por Maslow (1991)

Es atractivo subrayar a Max-Neef como Maslow hacen una categorización parecida, con la particularidad de que Maslow no tiene en consideración el “hacer”, sin embargo Max-Neef no establece un orden jerárquico piramidal el cual en el caso de Maslow, se refiere al orden de secuencia de las necesidades. De acuerdo a su esquematización las necesidades en cada estrato de la pirámide se precisan ser satisfechas para poder acceder a la satisfacción del estrato siguiente. Alguacil (1996) cita a Maslow quien aseveraba que “las necesidades no pueden satisfacerse en su totalidad, permaneciendo continuamente bajo una condición de carencia relativa”. Se observa que depende íntegramente de la población que se esté analizando, haciendo referencia a los patrones culturales y de su entorno, ya que una población puede solo llenar sus necesidades básicas, quizá para otra sería un estado todavía insuficiente de requerimiento para poseer un mínimo nivel de vida. Mientras tanto, Galtung (1990) formulo la teoría de los conflictos y teorizando sobre la violencia, sostuvo que las necesidades básicas, en tanto que sean satisfechas, podrían provocar violencia, pues al no haber satisfecho estas carencias resulta ser “un agravio o insulto a las necesidades básicas incluso a la vida” Galtung (1990).

Para Galtung existen cuatro clases de necesidades básicas, las mismas surgen a partir de una discusión entre muchos investigadores los cuales trataron de analizar y medir la calidad de vida. De esta manera, se llegaría a identificar y evaluar la necesidad de supervivencia, con su opuesta la muerte y sus correspondientes niveles de mortalidad. Un conjunto de necesidades conjugadas con la categoría “tener”. En cuanto a la necesidad de bienestar y de identidad y el estado puesto de la miseria con su correspondiente sensación de frustración, enajenamiento, etc., están relacionadas con la categoría de “ser”. Por consiguiente, el autor manifiesta que la necesidad de libertad teniendo en cuenta la represión como una situación contrapuesta estaría en relación con la categoría de “hacer”. Con esta clasificación de todas estas necesidades y la vinculación con sus correspondientes categorías, Galtung expone que cualquier tipo de agravio o falta de acatamiento a estas necesidades es signo de coacción; su identificación y evaluación es también un medio (instrumento) confiable para verificar las diversas tipologías de violencia a nivel personal, grupal o colectivas. Sin embargo, este estudio se centra en las necesidades descritas por Galtung (1990). También, en sus reflexiones se haya aspecto característico que es la falta de necesidades incluidas en la categoría “estar”. En ese sentido, se halla un parecido con lo planteado por Sen (2004), quien señalaba que “el enfoque se asienta en una perspectiva de vida en tanto combinación de varios “quehaceres y seres”, en los que la calidad de vida debe evaluarse haciendo hincapié en la capacidad para lograr funcionamientos rescatables”. En este enfoque se incluye a las capacidades de los individuos, incluso se habla explícitamente de las categorías propuestas más adelante por Max-Neef. Por otro lado, se critica que en su enfoque no haya especificidad.

A su vez de la mano con estas perspectivas, se halla otro enfoque referido a la conceptualización de la calidad de vida, es la propuesta por Erikson (2004), quien se hace la interrogante de si es necesario usar las necesidades o los recursos disponibles para evaluar la calidad de vida. De este modo, manifiesta que es importante el dominio de los recursos transformados en dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros, por los cuales el sujeto pueda llegar a controlar y dirigir de forma consciente sus condiciones de vida. Su reflexión gira en torno a las categorías: “ser”, “estar” y “tener” y expone que el bienestar viene a ser “la capacidad del hombre para satisfacer sus necesidades o para controlar y/o dirigir seriamente sus condiciones de vida” Erickson (2004:108), el mismo, señala la

importancia de las necesidades, indicando que cada persona ha de saber decidir cuáles son esas áreas importantes de la vida humana a las que hay que satisfacerse, también subraya el entorno o las condiciones esenciales en las que se hace uso de los recursos. No obstante, cabe recordar que Erickson es representante de un enfoque sueco crítico en que Allardt (1996) manifiesta que en dicho punto de vista se da más importancia a las necesidades materiales (tener), señalando que estas dependen de tres conceptos básicos: amar, ser y tener. A su vez tales conceptos abarcarían tanto condiciones materiales como las no materiales. Es así que, al hablar de la categoría “tener” se hace referencia a las condiciones materiales para supervivencia, por otro lado si se trata de la categoría “amar” se está señalando a la necesidad de relacionarse con otros y de formar identidades sociales y al hacer referencia al concepto “ser” el investigador contempla la posibilidad del individuo de poder integrarse a la sociedad. Entonces se podría concluir que, Allardt considera solo las categorías, “tener” y “ser”, dejando de lado a “hacer” y “estar”.

Con la información anteriormente brindada, se puede evidenciar que, con el paso del tiempo, se han desarrollado distintas maneras de abordar y medir el concepto de calidad de vida. Esta variedad de perspectivas responde en cierta forma a la participación de distintas disciplinas mediante la gama de investigadores citados.

2.3. Definición conceptual

Para Doyal; Gough (1994), la calidad de vida muestra la visión que cada persona posee acerca de su posición dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que habita, los mismos que se encontrasen relacionados con sus logros, expectativas e intereses. Este es un concepto amplio y complejo, el cual considera la salud física, la situación psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones del medio ambiente.

La organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), menciona que la calidad de vida es la apreciación que tienen las personas de su lugar en el mundo, correspondiente al aspecto cultural, al sistema de valores en los que habita relacionados con sus expectativas, normas y/o sus inquietudes. Se hace mención entonces a un concepto amplio el cual se encuentra influenciado de modo complejo por

la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de dependencia, las relaciones sociales y su interacción con los elementos fundamentales de su alrededor.

Belisario (1998), refiere que la calidad de vida se encuentra conformada por aspectos materiales del ambiente y de cómo visualiza la persona al mismo; mantiene que la teoría de acción razonada de Azjen y Fishbein, admite medir el comportamiento teniendo en cuenta las creencias de los sujetos estudiados; de acuerdo a ello refiere que,

“...una creencia es un juicio probabilístico en relación a un objeto con atributo y la fuerza de ella está basada en la probabilidad subjetiva de la persona de que esta relación objeto-atributo es verdadera”.

Para Veenhoven, (2001), la conceptualización de calidad de vida constituye tres significados, el primero es la calidad del ambiente en el cual uno habita, los cuales serían su hogar y el lugar que lo rodea, el siguiente hace referencia a la calidad de acción, el cual se basa en conocer como los individuos confrontan su vida, es decir la habilidad que poseen para resolver los problemas que puedan suscitar, por ultimo está el significado de plenitud, como calidad del resultado, haciendo referencia a los productos de la vida y al disfrute de la misma, aquí se haciendo una inclusión a la felicidad, determinada como la valoración completa de la vida en conjunto.

Molina (2012) define a la calidad de vida como un concepto multifactorial, observándose la existencia de una complicitad subjetiva-objetiva; la primera se refiere al bienestar o satisfacción con la vida llamado “felicidad”, sentimiento de satisfacción con la vida y estado de ánimo positivo, la segunda pertenece a aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la relación de ambas lo que constituye la calidad de vida “estado de bienestar”.

2.3.1. Violencia familiar

2.3.1.1 Principales definiciones

La Ley peruana vigente sobre Protección frente a la Violencia Familiar (Ley 26260), define la violencia familiar como “cualquier acción u omisión que ocasione un daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, incluyendo amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como violencia sexual, producidos entre conyugues, exconyugues, convivientes, exconvivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; aquellos que conviven en el mismo hogar, siempre que no intervengan relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que tres convivan o no en el instante que se haya producido el acto de violencia”

(Sagot 1988), en una investigación de la OMS "ruta crítica de las mujeres" se define como violencia familiar a lo siguiente:

"Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica o la libertad y el derecho pleno desarrollo de otro miembro de la familia".

2.3.1.2. Tipos de Violencia

Según el programa integral contra la lucha contra la violencia familiar y sexual (2010), existen tres tipos de violencia, la psicológica, física y sexual. En cuanto a la **violencia psicológica**, se considera a toda acción u omisión con el objetivo de someter o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de una o más personas, a través de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento y/o cualquier conducta que provoque un daño en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. Se visualizan por medio de la hostilidad verbal como por ejemplo, insultos, burlas, desprecio,

críticas o amenazas de abandono; también se presentan en la forma de constante bloqueo de las iniciativas de la víctima por parte de algún miembro de la familia. Con respecto a la **violencia física** esta se refiere a toda acción u omisión que genere cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamientos), no siendo esta accidental sino que provoque un daño físico o una enfermedad. Puede ser la consecuencia de uno o dos incidentes aislados, o puede ser una situación de constante abuso. Finalmente, la **violencia sexual** dentro de la familia es la acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier acción que anule o limite la voluntad personal con un integrante del entorno familiar.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO UTILIZADO

3.1.1. Tipo y enfoque

La investigación realizada es de tipo “descriptiva”, ya que pretende describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Frecuentemente las descripciones se hacen por encuestas (estudios por encuestas), aunque éstas también pueden servir para probar hipótesis específicas y poner a prueba explicaciones.

3.1.2. Nivel

La presente investigación será de nivel “aplicado”, puesto que se emplearán una serie de instrumentos de medición.

3.1.3. Diseño de investigación

Cuenta con un diseño no experimental, ya que no está fundamentalmente ligada al aspecto de manipulación de las variables estudiadas. Tiene como principal objetivo la observación científica de una variable en un contexto cultural determinado no siendo, estas, provocadas intencionalmente. Además, este estudio pertenece a un corte transversal descriptivo. El diseño a nivel transversal determina que el procedimiento de recolección de datos solo se dará en un determinado tiempo.

3.2 Población y muestra

3.2.1. Población

Conformada por los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato infantil y adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho siendo aproximadamente 350.

3.2.2. Muestra

Integrada por los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato infantil y adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho, haciendo un total de 100 participantes.

La selección de la muestra será **no probabilística de tipo intencional**, utilizando los siguientes criterios para la selección:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
1. Personas entre 26 a 75 años de edad.	1. Personas menores a 26 años y/o mayores a 75.
2. Padres de familia que constituyen el Módulo de Atención al maltrato infantil y adolescente en Salud (MAMIS).	2. Padres de familia que no conforman el Módulo de Atención al maltrato infantil y adolescente en Salud (MAMIS).
3. Padres que asisten con frecuencia a las terapias realizadas en el módulo.	3. Padres que no asisten con frecuencia a las terapias llevadas a cabo en el módulo.

3.3. Identificación de la variable y su operacionalización

Por lo antes expuesto, se entiende que la calidad de vida viene a ser un concepto multidimensional, abarcando el estado emocional, físico, económico, entre otros, se necesita entonces tener satisfechas estas necesidades para obtener una vida de calidad.

3.3.1. Operacionalización de la variable

Para la mejor comprensión de la variable *calidad de vida*, se utilizará la información de esta en base al instrumento que se usará para su medición.

Por ello se hará una descripción de la escala para comprender con mayor precisión el estudio.

VARIABLE	DIMENSIONES
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none">- Bienestar emocional- Relaciones interpersonales- Bienestar Material- Desarrollo personal- Bienestar físico- Autodeterminación- Inclusión social- Derechos

3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico

3.4.1. Técnicas

Se usó la encuesta para lograr un recojo de información correcto y eficaz para la investigación.

3.4.2. Instrumentos

El instrumento utilizado es la “Escala Gencat de calidad de vida” teniendo como autores a Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009) con el objetivo de identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. Sin embargo la adaptación del mismo se llevó a cabo en Chiclayo, Perú por Guerrero (2014) con el fin obtener los resultados requeridos.

Ficha Técnica

Nombre: Escala GENCAT

Autores: Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L. y Schalock, R.

Adaptación: Guerrero, A. (2014)

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Grados de aplicación: A partir de los 18 años de edad.

Administración: Individual.

Duración: 10 a 15 minutos, aproximadamente.

Características: Este instrumento es una escala de tipo Likert conformada por 69 ítems los cuales evalúan cada dimensión, cada ítem tiene 4 opciones de

respuesta: 1) Siempre o casi siempre, 2) Frecuentemente, 3) Algunas veces, y, 4) Nunca o casi nunca.

Normas de aplicación

La Escala GENCAT es multidimensional, se encuentra diseñada con el objetivo de tener el perfil de calidad de vida de una persona, en ocasiones cuando la prueba es tomada por un informador no se logra obtener los datos necesarios por ello de desconocerse la información necesaria se tomara en cuenta lo que otras personas cercanas a ellas puedan brindar, ello se anotara en un cuadernillo.

Fiabilidad

El coeficiente de consistencia interna hallado para el total de la escala fue de 0,916. En cinco de las dimensiones la consistencia interna se determinó adecuada (Autodeterminación, bienestar emocional, desarrollo personal, derechos y relaciones interpersonales), y entre las que tuvieron un menor puntaje (Inclusión social, bienestar material y bienestar físico).

En la Escala GENCAT, los errores típicos de medida de cada dimensión no obtuvieron un porcentaje excesivo, haciendo que la medida del instrumento tenga una mayor precisión.

Validez

La escala pretende evaluar de forma objetiva la calidad de vida de usuarios asistentes a diferentes servicios sociales brindados en la ciudad de Cataluña. A continuación se demuestra que el instrumento cuenta con la validez suficiente para ser útil a dicho objetivo. Para ello se llevó a cabo un exhaustivo proceso de validez de contenido del instrumento en el cual se realizó una revisión de fuentes bibliográficas, consulta a jueces expertos y varios procesos de grupos focales.

Fase 1. Revisión de la literatura

Para poder desarrollar el instrumento, se inició con una profunda revisión de la literatura científica sobre calidad de vida. Al comienzo los ítems e indicadores se obtuvieron de dicha revisión, de la escala de calidad de vida de Schalock y Keith (1993), la escala integral de calidad de vida de Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009) y de grupos focales llevados a cabo en diferentes países acerca de la importancia de dichos indicadores y de investigaciones transculturales.

Fase 2. Consulta a jueces expertos

Se escogieron 106 ítems y 39 indicadores, los mismos fueron sometidos a un análisis de validez de contenido consultado a 73 jueces expertos. El 16,4% (n= 12) eran expertos en personas mayores; 11% (n= 8) en personas con problemas de salud mental; 19,2% (n= 14) en personas con discapacidad física; 4,1% (n= 3) en personas con discapacidad auditiva; 8,2% (n= 6) en personas con discapacidad visual; 24,7% (n= 18) en personas con discapacidad intelectual; 11% (n= 8) en personas con drogodependencias y 5,5% (n= 4) con VIH/SIDA. El objetivo era evaluar la idoneidad, importancia y observabilidad de los ítems, así como sugerir nuevos ítems, indicadores o de ser necesarios realizar reformulaciones.

Para analizar el acuerdo entre los jueces, se calculó el coeficiente de concordancia ponderado (BN) (Bangdiwala, 1987). Se ejecutó además una comparación de rangos de valoración de ítems presidido por los jueces. Seguidamente, se calcularon los rangos promedios de los ítems de cada una de las dimensiones y se compararon atendiendo a la especialidad de los jueces mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

Se hallaron diferencias significativas ($p < ,05$) en la valoración de los jueces con respecto a la idoneidad en 13 ítems, en la importancia en 14 ítems y en cuanto a la observabilidad en 4 ítems. Del mismo modo, se encontraron correlaciones muy elevadas entre idoneidad e importancia ($r = ,80$), y ligeramente más bajas con observabilidad ($r = ,60$).

El paso a seguir fue calcular las puntuaciones promedio otorgadas por los jueces a los 69 ítems los mismos que conformar el instrumento.

Los criterios que fueron usados para la eliminación de los ítems menos adecuados fueron excluir los que tengan mayor dispersión y aquellos en los que los jueces demostraron un mayor desacuerdo. A raíz de ello, se mantuvieron aquellos ítems que presentaron las puntuaciones más altas (iguales a 8 o superiores), una desviación típica por debajo de 2,5 en idoneidad e importancia, puntuaciones razonables (mayores a 6) y una desviación típica menor a 3 en observabilidad. De esta manera, se excluyeron ítems como, por ejemplo, el número 'i002', 'i010' e 'i005' en Bienestar emocional. La versión inicial de la escala GENCAT se encontraba constituida por 64 ítems, 55 ítems escogidos tras la consulta y 9 nuevos formulados por los jueces.

Fase 3. Proceso de grupos focales

Para tener una mayor seguridad de los resultados obtenidos se realizó la técnica de grupos focales, los mismos requirieron de procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos acerca de los indicadores e ítems de calidad de vida planteados. Cada grupo estuvo conformado por usuarios de servicios sociales, familiares y profesionales de los diversos colectivos. Los grupos focales además de confirmar la validez de contenido del instrumento, sirvieron para reformular algunos ítems que resultaban imprecisos. Los grupos focales: validaron todos los ítems (N= 54) e indicadores propuestos; reformularon algunos de los ítems y contribuyeron 5 ítems nuevos. Con todo ello la escala GENCAT quedó compuesta por 69 ítems.

Validez convergente

Para establecer la validez convergente de la escala se tomaron en cuenta las saturaciones factoriales estandarizadas, la varianza media extractada y la fiabilidad compuesta. Entonces se obtuvo que el 81.3% de las saturaciones factoriales supera el valor de 0,50 a su vez, todas ellas resultaron estadísticamente significativas con valores t superiores a 2,58 ($p < ,01$).

Con respecto a la fiabilidad compuesta de las variables latentes (fiabilidad de constructo) y la varianza media extractada, los valores adquiridos demuestran una consistencia interna adecuada, principalmente en las dimensiones de autodeterminación, bienestar emocional, desarrollo personal y derechos. Del mismo modo que en el análisis de fiabilidad, se observa la fiabilidad con menor puntuación en las dimensiones bienestar material, relaciones interpersonales, bienestar físico e inclusión social.

Validez discriminante

Para la validez discriminante se hizo una comparación para cada par de variables latentes, la varianza media extractada y el coeficiente de determinación. De las 28 comparaciones efectuadas, en 21 el valor de la varianza media extractada supera al correspondiente coeficiente de determinación, contribuyendo evidencia a la validez discriminante en la medida en que cada constructo latente debe explicar las medidas que lo componen mejor que las correspondientes a otro constructo cualquiera del modelo. En tal sentido, la mayor dificultad de validez discriminante se encuentra entre relaciones interpersonales e inclusión social y desarrollo personal e inclusión social.

Validez nomológica

El coeficiente más elevado ($r = ,93$) se percibe entre relaciones interpersonales e inclusión social, seguido de autodeterminación con derechos ($r = ,82$), relaciones interpersonales con bienestar emocional ($r = ,77$), inclusión social con desarrollo personal ($r = ,77$) y autodeterminación con desarrollo personal ($r = ,75$). Los coeficientes más bajos se visualizan entre bienestar material y autodeterminación ($r = ,07$), autodeterminación y bienestar físico ($r = ,24$), desarrollo personal y bienestar material ($r = ,25$) y derechos y bienestar emocional ($r = ,29$). Estas correlaciones se encuentran en concordancia con resultados de otras investigaciones, contribuyendo evidencia a la validez nomológica del instrumento.

Validez de constructo

Con el objetivo de evidenciar si los datos obtenidos reflejan la distribución de los ocho factores del modelo de calidad de vida planteados por Schalock y Verdugo (2002-2003), se elaboró un análisis factorial confirmatorio usando el método de estimación DWLS (mínimos cuadrados ponderados diagonalizados) sobre la matriz de covarianzas y de covarianzas asintóticas. En cuanto a las variables indicadoras de los ocho factores se han utilizado cuatro parcels, cada uno de ellos consistente en la media de los ítems correspondientes seleccionados de forma aleatoria. De este modo se cuenta con un total de 32 parcels, a razón de cuatro por factor o dimensión.

Para la interpretación de resultados donde se requiere determinar si el modelo es correcto y útil para los objetivos, estos serán basados en Bollen (1998), Jöreskog y Sörbom (1993), considerándose un modelo correcto si predice adecuadamente la realidad; es decir, si conduce a diferencias reducidas y aleatorias entre las varianzas, covarianzas observadas y las implicadas por el modelo.

Los estadísticos de la bondad de ajuste del modelo permiten concluir que la calidad de vida está compuesta por ocho factores. En ella se podrá observar cómo las ocho dimensiones de calidad de vida están correlacionadas entre sí, hallándose la mayor correlación entre las dimensiones inclusión social y relaciones interpersonales ($r=0,93$), mientras que entre las dimensiones autodeterminación y bienestar material ($r=0,07$) se observa una correlación menor. Los errores de medición aleatorios oscilan entre 20 y 86, mientras que las relaciones de medición oscilan entre 0,38 y ,08.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS

Para la elaboración del análisis de datos obtenidos por medio de la escala GENCAT de calidad de vida, se realizaron los siguientes pasos:

- Se elaboró una base de datos donde se expresan las respuestas de cada individuo mediante el puntaje de cada ítem por medio del programa Microsoft Excel 2016, además se realizó el análisis de frecuencias con respecto a las variables sociodemográficas.
- Se hará un vaciado de datos del instrumento de cálculo de Microsoft al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 en el cual se realizará los análisis descriptivos para la búsqueda del valor mínimo y máximo, además de la media.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
i1	207,42	442,792	,373	,886
i2	207,34	448,348	,240	,887
i3	207,50	445,667	,333	,886
i4	207,37	444,134	,332	,886
i5	207,54	439,847	,428	,885
i6	207,63	438,074	,447	,885
i7	207,16	454,398	,061	,889
i8	207,53	442,514	,346	,886
i9	207,93	449,884	,146	,888
i10	207,88	440,592	,405	,885
i11	207,25	444,694	,286	,887
i12	207,17	442,930	,354	,886
i13	207,35	445,523	,249	,887
i14	207,56	434,794	,501	,884
i15	207,63	448,538	,195	,888
i16	207,76	440,629	,391	,885
i17	208,08	456,600	-,007	,890
i18	207,98	439,919	,403	,885
i19	207,79	448,188	,204	,887
i20	208,08	438,478	,411	,885
i21	208,01	438,273	,444	,885
i22	207,57	447,076	,252	,887
i23	207,34	443,863	,367	,886
i24	207,86	441,071	,375	,885
i25	207,67	454,749	,050	,889
i26	207,75	439,987	,365	,886
i27	207,63	444,458	,385	,886
i28	207,95	441,098	,365	,886
i29	207,92	441,771	,342	,886
i30	207,72	442,426	,392	,885
i31	207,36	446,495	,270	,887
i32	206,90	452,192	,147	,888
i33	207,60	443,818	,325	,886
i34	207,28	442,567	,444	,885
i35	207,60	444,485	,316	,886
i36	208,17	445,779	,248	,887

i37	207,57	441,318	,415	,885
i38	207,56	436,572	,522	,884
i39	207,16	449,974	,207	,887
i40	207,34	469,903	-,276	,894
i41	207,50	439,949	,404	,885
i42	207,52	436,091	,508	,884
i43	207,12	440,127	,451	,885
i44	207,47	440,211	,422	,885
i45	207,08	457,893	-,039	,890
i46	207,10	444,919	,307	,886
i47	206,79	447,461	,332	,886
i48	206,95	440,492	,483	,885
i49	206,78	449,729	,239	,887
i50	207,47	437,646	,472	,884
i51	207,44	438,835	,445	,885
i52	208,18	446,594	,244	,887
i53	207,78	434,921	,494	,884
i54	207,27	443,815	,395	,885
i55	207,54	441,483	,375	,885
i56	207,96	446,604	,223	,887
i57	207,22	459,385	-,073	,891
i58	207,44	439,602	,387	,885
i59	207,00	444,727	,373	,886
i60	207,28	442,305	,349	,886
i61	207,46	439,847	,423	,885
i62	207,80	443,253	,296	,886
i63	207,56	436,996	,458	,884
i64	206,77	451,593	,197	,887
i65	206,94	452,562	,097	,889
i66	207,35	447,604	,191	,888
i67	206,78	453,628	,112	,888
i68	206,82	454,432	,087	,888
i69	207,08	443,933	,371	,886

4.2. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Para dar a conocer los resultados, en primera instancia se mostrará el análisis de datos obtenidos por medio del instrumento.

Tabla 1

Valores	
Válido	100
Perdido	0
Media	210.82
Mínimo	162
Máximo	266

Se aprecia en la tabla 1, que la medida de tendencia central, es decir la media, es de 210.82. Mientras que el puntaje mínimo obtenido por al menos un sujeto fue de 162; y el puntaje máximo fue de 266.

A continuación se expondrá la tendencia de los evaluados para con las dimensiones.

OBJETIVO GENERAL

Tabla 2

Análisis de la calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	18	18%	18%
Buena	14	14%	32%
Regular	27	27%	59%
Mala	23	23%	82%
Muy mala	18	18%	100%
Total	100	100%	

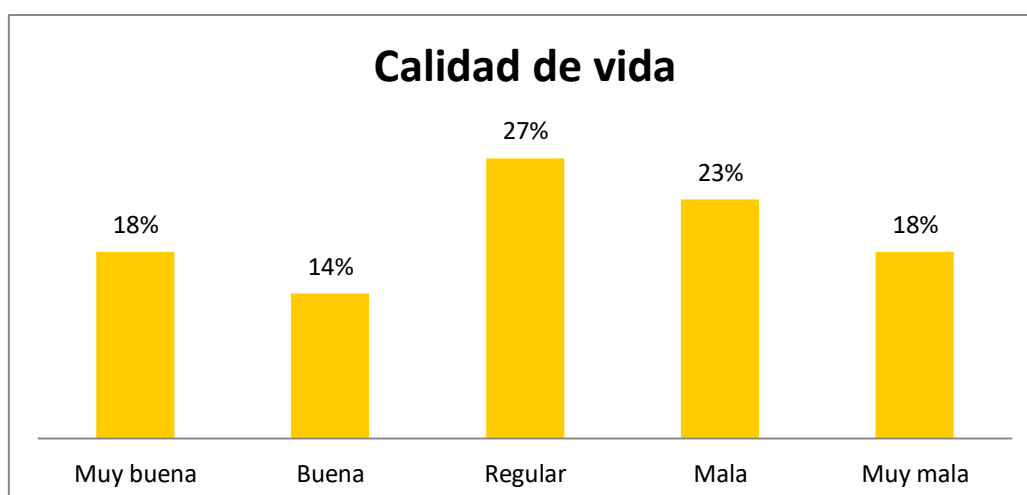


Figura 1. Frecuencia porcentual de la calidad de vida

Se puede apreciar que, tanto en la tabla 1 como en la figura 1, se expresan la frecuencia de la calidad de vida de los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato infantil y adolescente en Salud (MAMIS). Los resultados demuestran una tendencia regular de calidad de vida con un 27%, siguiendo con la categoría mala con un 23%, las categorías muy buena y muy mala ambas con 18%; mientras que la categoría buena presenta un 14%.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1:

BIENESTAR EMOCIONAL

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de bienestar emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	8	8%	8%
Buena	19	19%	27%
Regular	45	45%	72%
Mala	12	12%	84%
Muy mala	16	16%	100%
Total	100	100%	

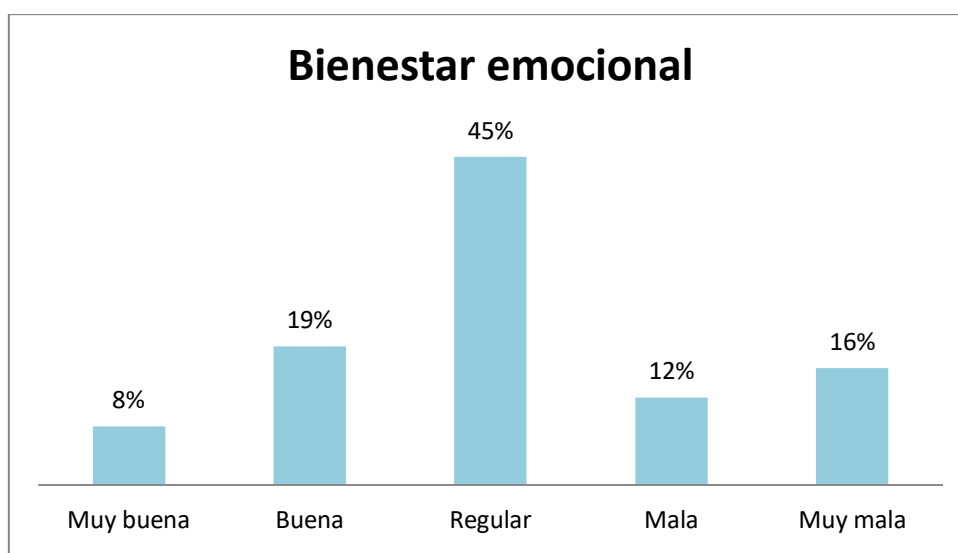


Figura 2. Frecuencia porcentual de bienestar emocional

En relación a la dimensión *bienestar emocional*, la distribución porcentual se inclina en la categoría regular con 45%, es decir, que en su mayoría los pacientes se sienten satisfechos con su vida y consigo mismos, mostrando estar motivados y de buen humor, siguiendo con la categoría muy buena (8%) y buena (19%) que en total argumentan una tendencia buena con un 27% indicando que una parte considerable de pacientes poseen una estabilidad emocional; las categorías mala (12%) y muy mala (16%), las mismas que dan un total de 28% de participantes, haciendo referencia a algunas situaciones en las que pueden llegar a mostrar sentimientos de inseguridad e incapacidad. La tendencia aún se sigue manteniendo en la categoría regular, lo cual evidencia que los padres de familia presentan un regular bienestar emocional.

OBJETIVO 2:

RELACIONES INTERPERSONALES

Tabla 4

Frecuencia y porcentaje de relaciones interpersonales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	8	8%	8%
Buena	21	21%	29%
Regular	22	22%	51%
Mala	28	28%	79%
Muy mala	21	21%	100%
Total	100	100%	

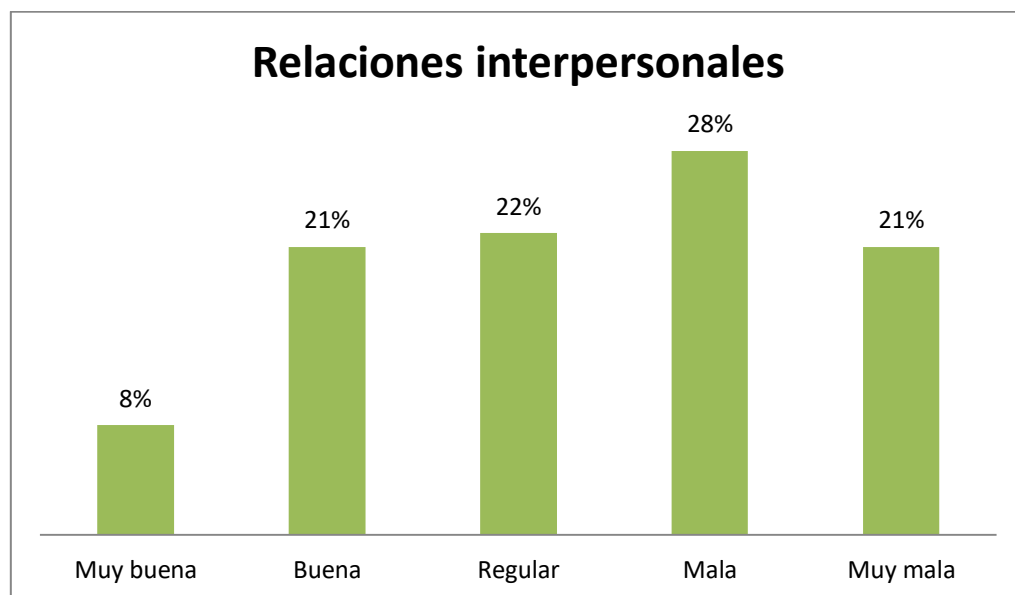


Figura 3. Frecuencia porcentual de relaciones interpersonales

En cuanto a las relaciones interpersonales, los resultados evidencian que los padres de familia tienden a una relación interpersonal mala con un 28% dando a conocer la poca capacidad que tienen para relacionarse y convivir con los demás, seguido de las categorías regular con un 22%, las categorías buena y muy mala ambas con 21% y finalmente solo un 8% de pacientes se ubican en la categoría muy buena, lo que hace un cantidad poco favorable.

OBJETIVO 3:

BIENESTAR MATERIAL

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de bienestar material

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	11	11%	11%
Buena	9	9%	20%
Regular	16	16%	36%
Mala	29	29%	65%
Muy mala	35	35%	100%
Total	100	100%	

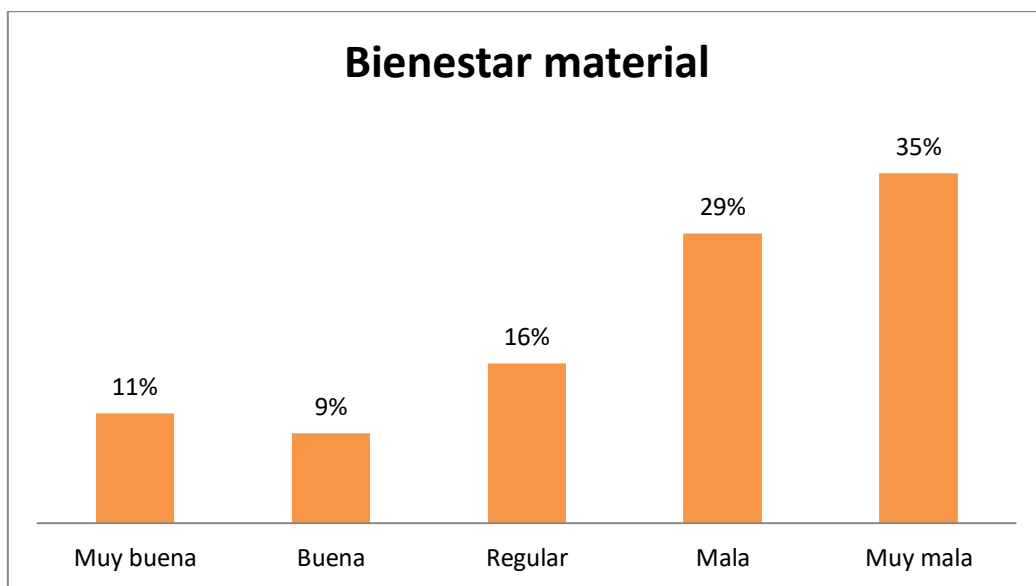


Figura 5. Frecuencia porcentual de bienestar material

Al observar la figura 5 y la tabla 5, se muestra que el 35% de participantes se ubica en la categoría muy mala de bienestar material, esto podría ser consecuencia de que, la mayoría provienen de familias de bajos recursos, muchos de ellos, en extrema pobreza, no contando con los bienes materiales necesarios para subsistir, mientras que solo el 11% de ellos se ubica en la categoría muy buena. Las demás categorías buena, regular y mala presentan frecuencias porcentuales de 9%, 16% y 29% respectivamente.

OBJETIVO 4

DESARROLLO PERSONAL

Tabla 6
Frecuencia y porcentaje de desarrollo personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	13	13%	13%
Buena	30	30%	43%
Regular	19	19%	62%
Mala	23	23%	85%
Muy mala	15	15%	100%
Total	100	100%	

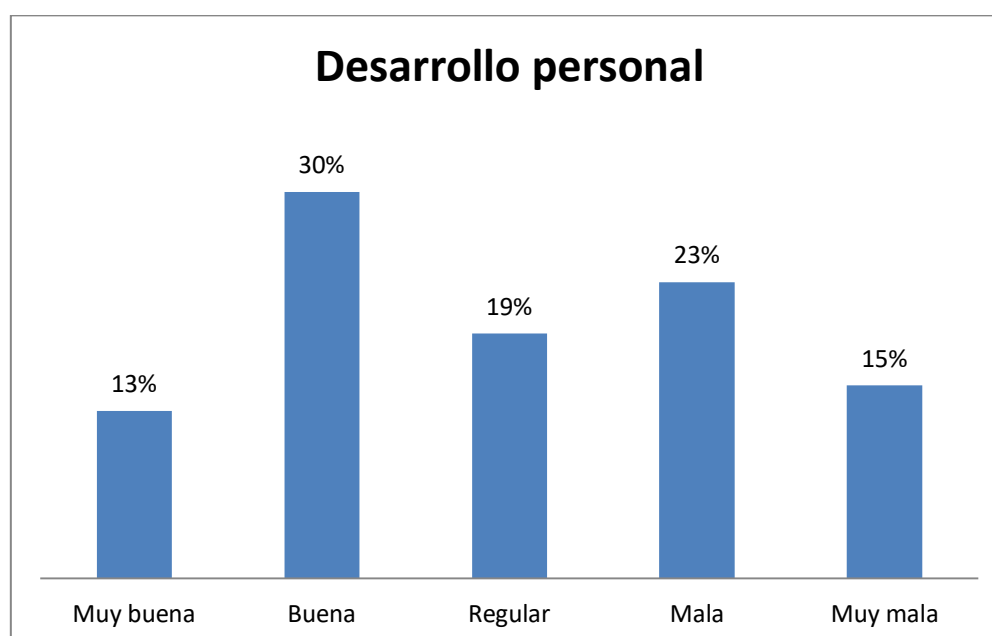


Figura 6. Frecuencia porcentual de desarrollo personal

En relación al desarrollo personal, observando la tabla 6 y figura 6, la distribución porcentual se inclina en la categoría buena con 30%, se podría decir que, a pesar de las dificultades en cuanto a la parte material y económica, muchos de los pacientes han podido desenvolverse en distintos ámbitos, como en el laboral, educacional, entre otros, tratando de salir adelante fortaleciendo su desarrollo, siguiendo con la categoría mala (23%), regular (19%), muy mala (15%), mientras que solo el 13% de padres de familia se ubica en la categoría muy buena, siendo esta una cantidad mínima de sujetos que consideran haber alcanzado en gran medida sus objetivos de vida.

OBJETIVO 5

BIENESTAR FISICO

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de bienestar físico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	15	15%	15%
Buena	15	15%	30%
Regular	37	37%	67%
Mala	18	18%	85%
Muy mala	15	15%	100%
Total	100	100%	

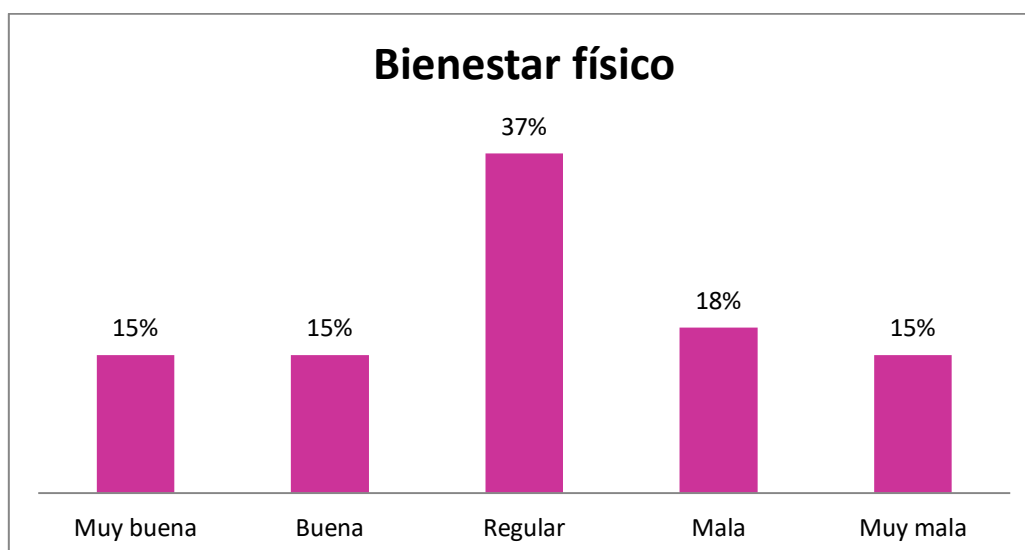


Figura 7. Frecuencia porcentual de bienestar físico

En la tabla 7 y figura 7, la dimensión bienestar físico mantiene porcentajes altos en la categoría regular con un 37%, siguiendo con la categoría mala con un 18%, mientras que las categorías muy buena, buena y muy mala presentan un 15%. Lo que se aprecia en esta distribución porcentual es que los padres de familia se ubican en la categoría regular de bienestar físico, lo que en parte viene a ser una característica positiva, ya que, se entiende por bienestar físico, la capacidad que tienen para sentirse bien consigo mismos.

OBJETIVO 6

AUTODETERMINACIÓN

Tabla 8

Frecuencia y porcentaje de autodeterminación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	12	12%	12%
Buena	11	11%	23%
Regular	31	31%	54%
Mala	28	28%	82%
Muy mala	18	18%	100%
Total	100	100%	

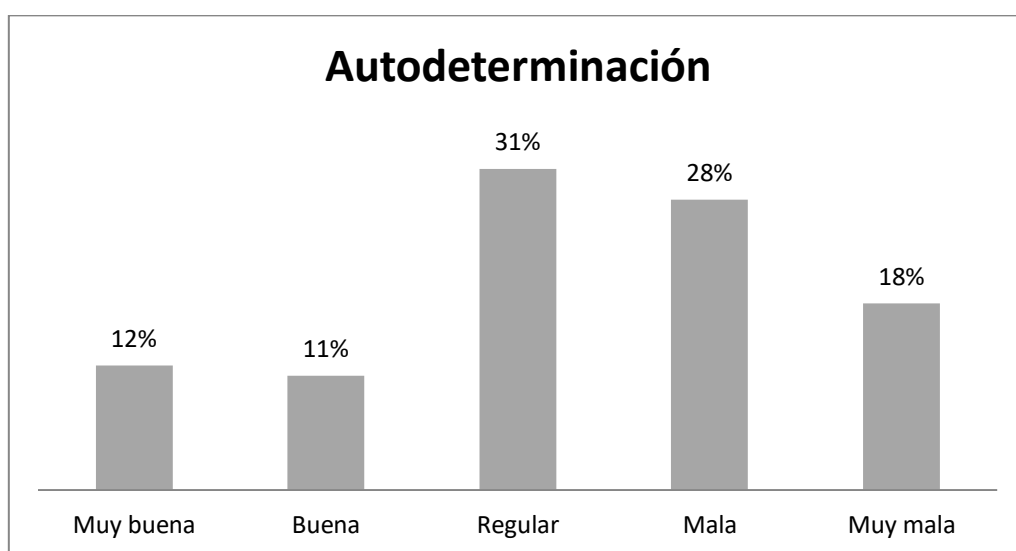


Figura 8. Frecuencia porcentual de autodeterminación

Observando la tabla 8 y la figura 8, se evidencia que la mayoría de pacientes muestran una regular autodeterminación con un 31%. Siguiendo con la categoría muy buena (12%) y buena (11%) que en total argumentan la tendencia buena en un 23% y las categorías mala (28%) y muy mala (18%), que en total suman un 46% de los padres de familia. La tendencia aún se sigue manteniendo en la categoría regular, lo cual evidencia que los padres de familia presentan una regular autodeterminación, esto demuestra que, por lo general cuentan con la capacidad de decidir lo que consideran que es lo mejor para sí mismos, permitiéndoles a su vez, defender sus ideas y opiniones ante los demás.

OBJETIVO 7

INCLUSIÓN SOCIAL

Tabla 9

Frecuencia y porcentaje de inclusión social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	18	18%	18%
Buena	11	11%	29%
Regular	24	24%	53%
Mala	23	23%	76%
Muy mala	24	24%	100%
Total	100	100%	

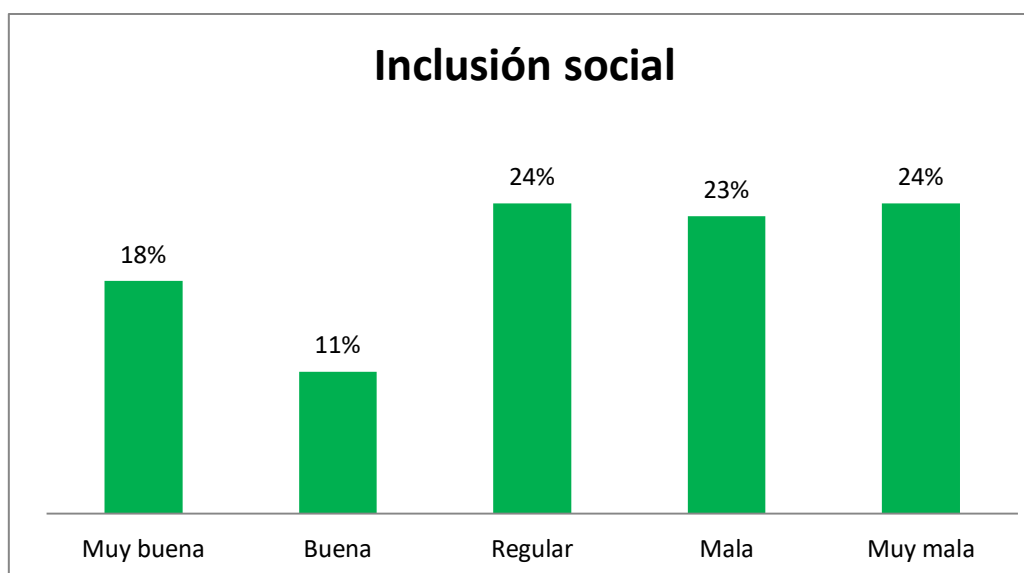


Figura 9. Frecuencia porcentual de inclusión social

En cuanto a la dimensión inclusión social, se muestra que el 24% se ubica en la categoría regular y muy mala, dando luces a la gran dificultad que tienen para sentir que pertenecen a una sociedad, teniendo muy poca comunicación con las personas que los rodean, no siendo participativos en las actividades que puedan realizarse dentro de su comunidad y en muchas ocasiones a pesar de tener el sentido de pertenencia, son los demás los que los excluyen, por otro lado, se tiene un 23% en la categoría mala, mientras que solo el 18% de ellos se ubica en la categoría muy buena y buena (11%).

OBJETIVO 8

DERECHOS

Tabla 10

Frecuencia y porcentaje de derechos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	13	13%	13%
Buena	19	19%	32%
Regular	30	30%	62%
Mala	20	20%	82%
Muy mala	18	18%	100%
Total	100	100%	

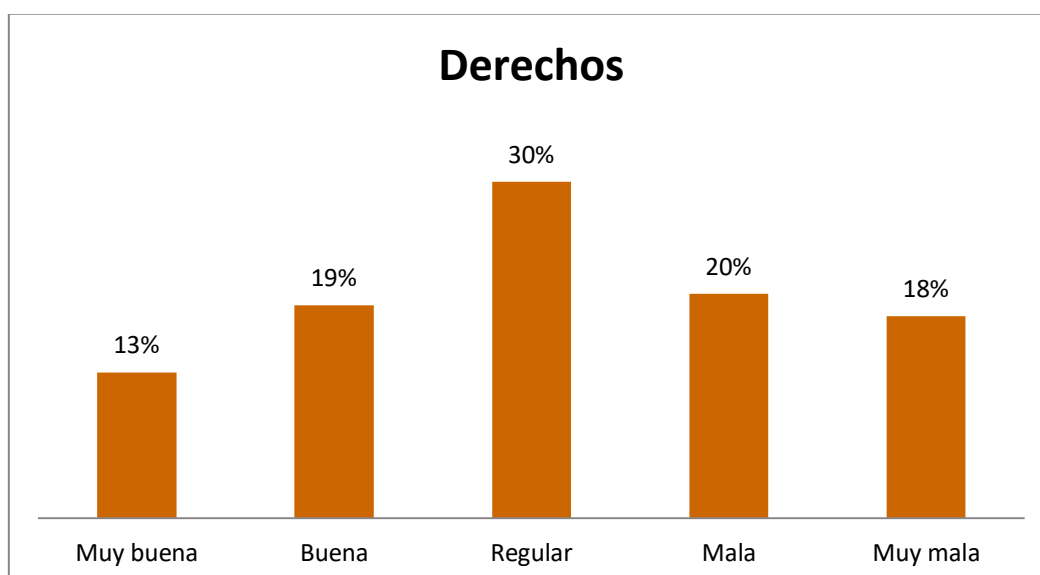


Figura 10. Frecuencia porcentual de derechos

Finalmente en la dimensión derechos, se aprecia en la tabla 10 y figura 10, que esta dimensión mantiene porcentajes altos en la categoría regular con un 30%, haciendo alusión a las herramientas con las que cuentan para exigir y hacer valer sus derechos cuando estos se vean vulnerados. En las categorías muy buena y buena con 13% y 19% respectivamente, mientras que en las categorías mala y muy mala presentan un 20% y 18% en ese orden. Lo que se aprecia en esta distribución porcentual es que los padres de familia se ubican en la categoría regular de derechos.

4.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el desarrollo de la investigación se pudo identificar distintas dificultades, una de estas limitaciones fue que se evaluó a aquellos padres de familia que ya estaban insertados en las terapias psicológicas del módulo durante unos meses, sin embargo hubiera resultado interesante el hecho de conocer el estado actual de las personas que recién iniciaban su tratamiento terapéutico. Otro aspecto fue la dificultad para encontrar la escala GENCAT adaptada en Perú, ya que el uso de esta prueba ha sido muy escasa, es más solo se logró hallar un estudio en la ciudad de Chiclayo con el cual se pudo trabajar con normalidad.

Comenzando con el análisis, se obtuvo en el objetivo general que los paciente del Módulo del Maltrato Infantil y Adolescente en Salud, cuentan con una calidad de vida regular (27%), en cuanto al primer objetivo específico, este resultado se puede ver reflejado en aquellas preguntas en las cuales los padres debían mencionar en qué condiciones ambientales y de infraestructura vivían, por lo general se observó que en muchos casos eran insuficientes para permitirles vivir dentro de un espacio físico adecuado.

Continuando con el primer objetivo específico, se denota que poseen un bienestar emocional también regular (45%), en preguntas referidas al estado de ánimo de los padres, en su mayoría se encontró respuestas favorables ya que, si bien es cierto, se trata de personas que han pasado por situaciones de violencia familiar, el apoyo psicológico brindado en el módulo, ha servido de gran ayuda para que puedan tomar una actitud resiliente. En cuanto al segundo objetivo, se observa que, en las relaciones interpersonales se encontró un porcentaje de 28% siendo esta, uno de los puntajes más bajos en el estudio, lo que demostraría las pocas habilidades para relacionarse de los sujetos. Ziccardi (2006) mencionaba que, las necesidades inmateriales podrían contener la calidad de las relaciones sociales de una sociedad, el nivel de integración social y las condiciones ambientales desarrolladas en la zona, si se llegará a enlazar el postulado de este autor con el resultado de la dimensión bienestar emocional y el bajo puntaje en la dimensión relaciones interpersonales, se hallaría una concordancia con los resultados obtenidos, ya que se puede deducir que, a pesar de haberse obtenido puntuaciones

favorables, estas no son del todo positivas por lo que en este caso lo que dice Ziccardi estaría acorde a lo encontrado en esta investigación.

Por otro lado esta, el bienestar material aquí la categoría con mayor puntuación la tuvo la *muy mala* con un 35 % ello se puede identificar en las preguntas que hacen alusión a los bienes y pertenencias de las personas, en las cuales se recogió como respuestas que en su mayoría cuentan solo con lo necesario, inclusive hay personas que no pueden hacer usos de los servicios de primera necesidad, ya que, provienen de hogares con baja economía y muchas veces de extrema pobreza. Ziccardi, (2006) en tal sentido, diría que las necesidades materiales afectan más a la persona, sin embargo, las inmateriales se hayan más relacionadas al nivel o grado de satisfacción y necesidades colectivas.

En la dimensión desarrollo personal se encuentra una categoría *bueno* (30%) lo que sería un indicador positivo, ya que según lo referido por diferentes investigadores, una persona necesita trabajar en su crecimiento individual en todo momento para conseguir una aceptable calidad de vida, ello incluirá tener un trabajo el cual pueda brindarles la cobertura de sus necesidades básicas y contar con herramientas para subsistir ya sea emocionalmente como físicamente.

En bienestar físico se tuvo un resultado *regular* con un 37% en cuanto a esta dimensión, es necesario resaltar que en la afirmación “tiene un buen aseo personal”, la mayoría respondió afirmativamente, es decir, el provenir de familias pobres no ha sido impedimento para mostrar una adecuada apariencia física, en cuanto al aseo y a su salud, demostrando un respeto hacia si mismos.

La dimensión autodeterminación muestra un porcentaje de 31% dentro de una categoría regular, si bien es cierto, esta dimensión es importante recalcarla porque si una persona quiere llegar a obtener una calidad de vida adecuada, debería contar con metas y/o objetivos suficientes para lograrlo. Doyal; Gough (1994), refiere que la calidad de vida muestra la visión que cada persona posee acerca de su posición dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que habita, los mismos que se encontrasen relacionados con sus logros, expectativas e intereses, entonces también se podría hacer mención de la dimensión inclusión social la cual

posee un puntaje de 24% regular y 24% muy mala, ya que este mismo autor indica la importancia de sentirse parte de una sociedad.

A su vez en la última dimensión estudiada llamada derechos se tiene como resultado un 30% siendo regular, aquí se observó que las personas saben hacer respetarlos dentro de su seno familiar, sin embargo en su mayoría desconocen sus derechos, lo que les impide exigirlos y hacerlos valer cuando sea conveniente, al igual que las dimensiones mencionadas, todas son esenciales para que finalmente se obtenga una calidad de vida aceptable.

4.4. CONCLUSIONES

1. Con respecto a la dimensión de bienestar emocional, se encontró un porcentaje regular estando muy alejados de la categoría muy buena.
2. En la dimensión relaciones interpersonales, se halló un porcentaje perteneciente a la categoría mala, siendo una de las dimensiones de menor puntuación.
3. En cuanto a la dimensión bienestar material, se observa un resultado dentro de una categoría muy mala, siendo a su vez la dimensión con el puntaje más bajo en relación a las otras.
4. Así mismo en la dimensión desarrollo personal, en una categoría buena, del mismo modo esta viene siendo una dimensión con un resultado positivo al igual que la anteriormente mencionada.
5. En bienestar físico, se encontró un resultado dentro de una categoría regular.
6. Por otro lado está la autodeterminación, la cual se encontró dentro del grupo del nivel regular.
7. Del mismo modo, está la dimensión de inclusión social, en la cual se observa en primera instancia, un porcentaje de dentro del nivel regular, sin embargo esta se

encuentra en concordancia con la categoría muy mala, la cual también obtuvo el mismo puntaje.

8. En la dimensión derechos, se tuvo un resultado dentro de la categoría regular.

4.5. RECOMENDACIONES

- Implementar un programa que pueda ayudar a fortalecer las habilidades sociales de los pacientes del módulo.
- Asistencia al módulo de representantes de bolsas de trabajo y realización de campañas laborales con la finalidad de brindar una oportunidad laboral y con ello poder subsanar la falta de bienes materiales necesarios para vivir adecuadamente.
- Elaboración de talleres que tengan como objetivo la inclusión social, para que los pacientes del módulo logren identificarse con su comunidad.
- Se requiere de dinamismo y las actividades necesarias de parte del equipo de trabajo del módulo para lograr una mayor integración de los pacientes.
- Continuar capacitando a los psicólogos que realizan las terapias psicológicas en el módulo, para que de esta manera, se sigan visualizando las mejoras en cuanto al estado emocional de los padres de familia.

CAPITULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1. Denominación del programa

“Comunicándonos se vive mejor”

5.2. Justificación del programa

El trabajo se enfocará en una las dimensiones evaluadas en las cuales los pacientes obtuvieron baja puntuación, en este caso se trabajará las relacionales interpersonales. Todas y cada una de estas personas han sufrido algún tipo de violencia ya sea psicológica, física e incluso sexual, por ende, suelen ser fácilmente vulnerables llegando a demostrar en muchas ocasiones poco control de impulsos, poca y/o escasa tolerancia a situaciones frustrantes, ira contenida la misma que sacan a relucir cuando creen estar haciendo valer sus derechos, por ejemplo, el exigir una pronta atención psicológica aludiendo estar esperando desde las 6 am. cuando las atenciones comienzan a las 8:30 am.

Es así que los resultados entonces indican una gran necesidad por mejorar características de personalidad que en muchas oportunidades han llevado a muchos de los pacientes a comportarse de una manera inadecuada, alzando sus voces llegando a gritar a las psicólogas, emitiendo insultos muy ofensivos sin importarles si quiera la transcendencia de sus palabras, su poca tolerancia; en muchos casos invadidos por la desesperación de ser escuchados, faltos de comprensión y entendimiento, sin querer llegaron a dar a conocer sus carencias de la peor forma, demostrando lo difícil que resulta ser para ellos comunicarse con los demás.

Por lo antes expuesto es que se requiere trabajar con los padres el correcto funcionamiento de sus relaciones interpersonales, pues de no hacerlo, podrían tener a futuro deficiencias en cuanto a su óptimo desarrollo personal, laboral, económico, etc.

5.3. Establecimientos de objetivos

Objetivo general:

Implementar estrategias para mejorar la forma de relacionarse de los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

Objetivos específicos:

- Lograr que cada uno de los participantes se sientan en confianza con los demás dejando de lado la timidez e inseguridad.
- Brindar herramientas para que los pacientes se comuniquen de forma asertiva.
- Con las técnicas necesarias llegarán a mejorar e implementar sus recursos para obtener una buena comunicación con personas del sexo opuesto.
- Llegar a expresar correctamente sus emociones sin necesidad de lastimar a otros con ello.

5.4. Sector al que se dirige

Este programa esta direccionado para los pacientes que asisten con regularidad a las terapias psicológicas brindadas por el Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) del distrito de San Juan de Lurigancho.

5.5. Establecimiento de conductas problemas/conductas metas

Se pueden identificar diversas conductas, entre ellas están, los temores para iniciar una conversación con alguien que recién están por conocer, para iniciar una relación de pareja, para expresarse y actuar de forma adecuada cuando las cosas no les salen como esperaban, saber que decir al hacer un reclamo cuando algo no les agrada, corregir adecuadamente a sus hijos sin embargo una de las cosas que les provoca un alto nivel de estrés es esperar pacientes su turno para ser atendidos, entre otros.

Lo que se quiere alcanzar con este programa es que los padres de familia puedan mejorar la forma en como expresan sus incomodidades, molestias, inquietudes, dándoles la información necesaria, podrán ya no gritar, si no solicitar, empezarán a respetar a las demás personas, no ofendiéndolas, no insultándolas, ni exigiéndoles cosas, evitarán enfurecerse con tanta facilidad, serán más tolerantes, pero sobre todo, aprenderán a escuchar para así ser escuchados.

5.6. Metodología de la intervención

Para llevar a cabo el presente programa se utilizará una metodología teórica, reflexiva, crítica, lúdica y sobre todo participativa con el fin de captar la atención de cada uno de los padres de familia y que el mensaje brindado sea correctamente recibido llegando a ponerse en práctica.

En las sesiones brindadas se podrá identificar tres fases: la teórica, la práctica y vivencial. En la fase teórica, se dará a conocer la información necesaria de lo que se trata las relaciones interpersonales, las teorías que las respaldan y las estrategias necesarias para mejorar al momento de relacionarse con otros. Por otro lado, en la parte práctica, se ejecutarán diversas dinámicas grupales para que de esta manera se pueda asimilar mejor la información dada. Se llama vivencial porque tiene como finalidad que los sujetos puedan enfrentarse a problemas, tomar decisiones, fracasar y aprender del mismo, asumir responsabilidades y trabajar en equipo.

5.7. Instrumentos/materiales a utilizar

Recursos materiales:

- Útiles de escritorio: hojas bond A3 y A4, paleógrafos blancos, plumones gruesos y delgados de colores, cinta de embalaje, limpiatipos.
- Ambiente: las actividades se realizaran en MAMIS.
- Equipos: Laptop, parlantes y proyector
- Vídeos reflexivos.
- Fichas de asistencias.
- Otros: Sillas, mesas y bancas.

Recursos humanos:

- Persona encargada de elaborar y ejecutar el programa.
- Constantemente se necesitara de la ayuda de uno o dos padres para llevar a cabo las dinámicas.

5.8. Cronograma

SESIONES	ACTIVIDAD	ABRIL				MAYO			
		6	13	20	27	4	11	18	25
APERTURA	Suéltate.								
	Dilo a mis espaldas.								
AUTOESTIMA	Frente al espejo.								
	Más bien soy.								
COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL (PARTE I)	Observar nuestro lenguaje no verbal.								
	Adivina cómo se sienten a través de la comunicación no verbal.								
COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL (PARTE II)	Adivina cómo se sienten a través de la comunicación no verbal.								
	Iniciar conversaciones.								
ASERTIVIDAD	Transformar la conducta al estilo asertivo.								
	Técnicas asertivas.								
CONTROL DE LA IRA	Técnica del semáforo.								
	Control de la respiración.								
EMPATÍA	La persona imaginada.								
	Yo tengo tu problema.								
APRENDER PARA ENSEÑAR	Aprendemos a controlar nuestras emociones frente a situaciones difíciles.								
CLAUSURA	Compartir para fortalecer lazos de amistad entre padres de familia asistentes al								

	programa.								
--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

5.9. Actividades

SESIÓN 1

APERTURA:

Para dar inicio a este programa se procederá a dar una breve explicación sobre la importancia de mantener una buena comunicación con las personas que nos rodean, posterior a ello, se elaboraran 8 sesiones en relación a lo que se quiere lograr con la población, en este caso las estrategias para mejorar la forma en cómo se relacionan, se realizara una sesión por semana la misma tendrá una duración de una hora a hora y media llevándose a cabo durante 3 meses, en los cuales se brindara herramientas, técnicas, facilidades, estrategias con la finalidad de contar con padres que se comuniquen asertivamente. El desarrollo del programa iniciara con una actividad para ayudar a los padres a sentirse cómodos y en confianza.

OBJETIVOS:

- Los participantes conocerán el tema que se ira trabajando a lo largo de las sesiones.
- Se mencionará la importancia del programa y que con él se podrá reforzar sus relaciones interpersonales, esperando obtener de ellos una mejoría obteniendo un comportamiento más asertivo con los demás.
- Los padres irán reforzando sus habilidades para perder la vergüenza en diferentes contextos sociales.

Actividad 1. "SUELTA TE"

DESARROLLO: uno por uno, cada integrante del grupo se levanta, y durante, al menos dos minutos, el padre o madre que este de pie, le habla al resto de su grupo, se presenta y les comenta sus aficiones, sus gestos, que hace en su tiempo libre, o

curiosidades sobre algo que le interesa mucho, o sobre cualquier cosa que quiera hablar.

RECURSOS: todos los padres separados en grupos de 5.

DURACIÓN: 30 min.

Actividad 2: “DILO A MIS ESPALDAS”

DESARROLLO:

1. Cada una de las personas participantes se cuelga en la espalda una hoja o cartulina con un imperdible.
2. Todos deben escribir en las espaldas de los demás adjetivos que definan o cualidades positivas. La mejor forma de organizarlo es sentar a los padres de manera que formen un círculo, con sus cartulinas a la espalda y numerarlos. Después se pide a los impares que pasen a la parte interna del círculo y vayan rotando de forma que todos los pacientes escriban algo. Cuando hayan acabado los impares, se hará lo mismo con los pares. De esta manera, aunque solo reciben aportaciones de la mitad, se evitan situaciones de desorden o confusión.
3. Al final todos tendrán en sus manos una serie de cualidades para comprender lo que piensan de ellos o como los ven los demás.
4. En voz alta, cada quien analiza cómo se siente al conocer las valoraciones de los otros padres. Algunos puntos posibles para exponer son los siguientes:
 - ¿Te identificas o no con las definiciones que dan de ti los otros participantes?
 - ¿Te ha sorprendido como te ven?
 - ¿Coincide la visión que los otros participantes tienen de ti con las que tienes tú mismo/a?

RECURSOS: lapiceros o lápices, hojas bond A4 o cartulinas de diferentes colores, imperdibles para prender las hojas a la ropa.

DURACIÓN: 30 min.

Para culminar con esta primera sesión la misma que ha servido como introducción de lo que se trabajará en las demás, se pedirá comentarios y/o opiniones de los padres sobre cómo se han sentido al realizar las actividades mencionadas anteriormente. Además se les sugiere leer sobre “la comunicación” con el fin de tener un mayor conocimiento sobre lo que se tratara las siguientes sesiones.

SESIÓN 2

AUTOESTIMA

Luego de que en la sesión anterior se explicará el contenido del programa, en esta sesión se dará inicio al mismo, tocando un tema de suma importancia para todas las personas, puesto que si contamos con las herramientas necesarias, teniendo como componente principal nuestra autoestima, podremos tener una mejor calidad de vida.

El objetivo de esta sesión es que cada padre pueda sentirse más seguro de sí mismo (a), reforzando del mismo modo su auto concepto.

Actividad 1. “FRENTE AL ESPEJO”

DESARROLLO: Para iniciar con esta actividad se formularán unas preguntas a los padres que nos arrojarán luz sobre cuál es su opinión sobre ellos mismos, para ello se pedirá que hagan uso del espejo que se les entregara, haciéndose las siguientes preguntas:

- ¿Qué ves en el espejo?
- ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo?
- ¿Qué cosas buenas tiene esa persona?
- ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo?
- ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona?
- ¿Cambiarías algo de la persona del espejo?

Cada una de estas preguntas serán respondidas de manera personal dejando que sea cada participante el que haga una reflexión sobre las mismas, pasado ello con ayuda de la facilitadora se tratara de rescatar y darle énfasis a todo lo positivo que puedan haber mencionado, indicándoles la importancia de sus cualidades, no olvidando que

ellos están aquí para mejorar en algunos aspectos que les cause dificultad solucionar por sí mismos.

RECURSOS: padres sentados en círculo y espejos de tamaño mediano.

DURACIÓN: 30 min.

Actividad 2. “MÁS BIEN SOY”

DESARROLLO: se reforzará la autoimagen de los participantes por medio de esta dinámica en la cual se hará lo siguiente:

I. Se les solicita a los participantes que tomen una hoja bond y en forma de lista, describan con ocho adjetivos, su forma de ser. La facilitadora pide al grupo, que den algunos ejemplos de adjetivos, para verificar que se haya comprendido y no vayan a confundir con sustantivos, nombres, etc. Se insiste que sean ocho adjetivos, y se les dan cinco minutos para establecer este primer listado.

II. A continuación, se les pide que de cada uno de estos adjetivos busquen sus antónimos y hagan una segunda lista, paralela a la primera. Se les dan cinco minutos más para esta segunda lista.

III. Concluida esta instrumentación, los participantes leerán sus respectivas hojas a todo el grupo; cuidando que sea de manera espontánea y de uno en uno. El instructor tiene que estar atento a no permitir preguntas o aclaraciones a propósito de la exactitud de los antónimos establecidos por cada participante, aunque esto virtualmente puede provocar la risa, porque esto, en último análisis es parte del juego, y propiciará la ruptura de hielo.

IV. Al concluir esta etapa inicial del juego, se procesa la experiencia y se llega a conclusiones. Y si el instructor va a emplear el mismo ejercicio para cerrar el evento, les pide a los participantes que guarden las hojas para que posteriormente, trabajar en ellas.

RECURSOS: Hojas tamaño A4 para los participantes, lápices, plumones y cinta adhesiva.

DURACIÓN: 30 min.

Para cerrar esta sesión se hará una retroalimentación del tema, además dejaremos que los padres expresen como se han sentido en esta primera etapa.

SESIÓN 3

COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL (PARTE I)

Para empezar se pide a los participantes compartir con los demás sus conocimientos sobre la comunicación, con la finalidad de que se sientan familiarizados con el tema a tratar.

El propósito de esta tercera sesión es reforzar y brindar técnicas adecuadas para implementar en los participantes una forma adecuada de comunicación.

Actividad 1: “¿QUÉ ESTOY HACIENDO?”

Desarrollo: Se propondrá un juego mímica en el que todo el grupo tendrá que participar y todos por lo menos una vez, tendrán que salir a hacer la mímica de una de las fichas que elija aleatoriamente y sin mirar, de un montón de ellas que tenga el facilitador, se dividirá a los padres en tres grupos, estos irán saliendo a realizar las representaciones uno por uno de cada grupo y el resto de compañeros de sus grupo tendrán que adivinar lo que está representando, pudiendo ganar un punto por acierto.

Recursos: fichas individuales donde se describa la acción a imitar.

Duración: 30 min.

Actividad 2. “OBSERVAR NUESTRO LENGUAJE NO VERBAL”

Desarrollo: Los padres formarán grupos de 3 personas, dos de ellos se situarán uno enfrente del otro para conversar durante 5 minutos sobre un tema que habrá sido previamente dictado por el tutor, deberán hacerlo dando su opinión y tratando de

comportarse en la forma en la que lo harían habitualmente. La tercera persona deberá observar la conversación, fijándose en la conducta no verbal de ambos y anotando todo aquello que le parezca relevante, tanto lo que hacen bien como aquello que podrían mejorar. Al pasar los 5 minutos se volverá a reunir toda la clase y cada uno de los observadores explicará al grupo sus anotaciones. Entre todos comentarán si están de acuerdo con el observador y añadirán sus propias opiniones. Si existe algún aspecto que se considere que se debe mejorar, los que mantenían la conversación la continuarán, realizando las modificaciones pertinentes en su lenguaje no verbal.

Duración: 30 minutos.

Recursos: se usará el salón del módulo en el cual se realizan las terapias psicológicas.

Para cerrar, se mostrará en el proyector un video con escenas de las formas de comunicación (asertivo, agresivo y pasivo) que deberían utilizar para mejorar la manera en como expresan sus sentimientos y emociones, luego de ello, se pasara a hacer preguntas a 3 personas sobre lo que han comprendido del mismo.

SESIÓN 4

COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL (PARTE II)

Se continuará con la sesión anterior para profundizar y tener más claro la importancia de comunicarnos correctamente.

Actividad 1. “ADIVINA CÓMO SE SIENTEN A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL”

Desarrollo: En la siguiente actividad se formarán grupos de dos personas, el tutor repartirá a un miembro de la pareja una tarjeta con una emoción determinada (cariño, alegría, tristeza, desprecio, enfado...)

Los participantes deberán representar una conversación informal, simulando a dos amigos que se encuentran:

- Hola Marta.
- ¡Eh! Hola Roberto, ¿Cómo va todo?
- Todo bien, cuánto tiempo sin verte. ¿Qué es de tu vida?

Aquel que tiene la tarjeta deberá expresar la emoción que le haya tocado mediante el lenguaje no verbal, (tono de voz, los gestos, las pausas, distancia que toma con la otra persona, posición...) de manera que su compañero adivine de qué emoción se trata. Cada pareja realizará la representación delante de la clase, de forma que todos puedan observar la situación e intentar adivinar la emoción de su compañero. Al acabar, entre todos se comentará en qué aspectos de la comunicación no verbal han detectado la emoción, y se corregirá cualquier forma inadecuada de expresarla.

Tras observar a todos los grupos, se reflexionará sobre toda la información que nos transmite la comunicación no verbal.

Duración: 30 minutos

Recursos: Un salón equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los participantes que participan en la dinámica. Tarjetas para repartir.

Actividad 2. “INICIAR CONVERSACIONES”

Desarrollo: Para la realización de la siguiente actividad se pedirá a los padres de familia que formen pareja con aquella persona del salón con la que tengan menos relación o más dificultad para relacionarse.

Una vez formadas las parejas se les pedirá que inicien una conversación del tema que deseen, tratando de intercambiar información necesaria para conseguir conocer un poco sobre la otra persona y viceversa.

Duración: 30 minutos

Recursos: Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los padres que participan en la dinámica.

Cerramos recogiendo información de los padres acerca de lo aprendido en ambas sesiones y brindando unos últimos alcances del tema.

SESIÓN 5

ASERTIVIDAD

Gracias al tema tratado anteriormente los padres han logrado obtener herramientas para mejorar su forma de comunicarse, sin embargo, ahora se tratará de darles un plus para que puedan desarrollar aún más esta habilidad.

El objetivo en esta sesión es tomar conciencia de la importancia de comportarnos de forma asertiva en nuestras relaciones interpersonales, a su vez se brindará a los padres las técnicas necesarias para que eso suceda.

Actividad 1. “TRANSFORMAR LA CONDUCTA AL ESTILO ASERTIVO”.

Desarrollo: Se organizarán grupos de tres personas, cada grupo debe pensar una conducta inhibida o agresiva que haya tenido, o haya observado en otra persona durante la última semana. Los miembros del grupo deben explicar frente a los otros el tipo de conducta que han escogido, y que características la identifican como conducta inhibida o agresiva. Una vez explicado, deberán representar la situación cambiándola al estilo asertivo. Al terminar la representación el resto de participantes podrá aportar nuevas opiniones o propuestas para comportarse de forma asertiva en la situación determinada que se esté representando. Al finalizar todos los grupos, se reflexionará sobre los beneficios de comportarse de manera asertiva.

Duración: 30 minutos

Recursos: aula del módulo equipada con sillas suficientes para cada participante.

Actividad 2. “TÉCNICAS ASERTIVAS”

Desarrollo: En la siguiente actividad se pondrán en práctica las técnicas de la pregunta asertiva, el aplazamiento asertivo y el acuerdo asertivo. Para ello se dividirá a los padres en parejas, quienes deberán simular las siguientes situaciones:

- Un amigo le reprocha a otro que no se haya acordado de esperarlo para ir juntos a casa después de clase.
- Un compañero recrimina al otro por llegar media hora tarde de la hora acordada.
- Un familiar reprende contra otro argumentando que está siempre malhumorado y solo piensa en sí mismo.
- Un amigo acusa a otro de dejarlo de lado por comenzar a conocer a gente nueva.

Cada miembro de la pareja asumirá un papel, uno de ellos realizará la crítica y el otro deberá contestar utilizando las diferentes técnicas asertivas. Se irán intercambiando los papeles para que ambos puedan practicar estas técnicas en las diferentes situaciones sugeridas.

Tras pasar 15 minutos toda la clase se reunirá de nuevo y en grupo se comentará la actividad. Cada pareja explicará de qué manera se utilizó las técnicas asertivas y que dificultades ha observado, y podrá realizar las sugerencias o aportaciones que considere oportunas.

Duración: 30 minutos.

Recursos: salón del módulo equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los integrantes que participan en la dinámica.

Terminando esta quinta sesión la facilitadora proporcionará una retroalimentación del tema tratado, permitiendo que los padres realicen las preguntas o consultas que puedan tener.

SESIÓN 6

CONTROL DE LA IRA

En esta sesión se hablará de los comportamientos en los cuales demostramos poca tolerancia con los demás, llegando a tener un escaso control de la ira, para ello se darán a conocer técnicas que podrían ayudar a evitar este tipo de reacciones.

Como objetivo principal en esta sesión se tiene que, los padres puedan reconocer aquellas situaciones en las cuales pasan por diferentes niveles de estrés, y con ello poder buscar soluciones adecuadas para lograr controlar sus emociones.

Actividad 1. “TECNICA DEL SEMAFORO”

DESARROLLO: en una hoja A4 cada padre dibujara un semáforo eligiendo una situación conflictiva y según lo que signifique cada color escribirán lo que hicieron y como se sintieron en ese momento.

Asociamos los colores del semáforo con las emociones y la propia conducta, de modo que:

- **ROJO (PARARSE).** Cuando no podemos controlar una emoción (sentimos mucha rabia, queremos agredir a alguien, nos ponemos muy nerviosos, discutimos a voces, insultamos,...) tenemos que pararnos como cuando un auto se encuentra frente a la luz roja.
- **AMARILLO (PENSAR).** Después de detenerse es el momento de pensar y darse cuenta del problema que se está planteando y de lo que se está sintiendo.
- **VERDE (SOLUCIONARLO).** Si uno se da tiempo para pensar pueden surgir alternativas o soluciones al conflicto o problema. Es la hora de elegir la mejor solución.

Terminada esta primera parte se pedirá a algunos padres que de forma voluntaria compartan con el grupo lo que describieron en su semáforo, para ver si podemos encontrar mejores alternativas de solución a sus conflictos.

RECURSOS: hojas A4, plumones de colores, lapiceros y lápices.

DURACIÓN: 30 min.

Actividad 2. “CONTROL DE LA RESPIRACIÓN”

DESARROLLO: Es importante tener un adecuado control voluntario de la respiración de forma que se mantenga incluso en situaciones de problema. Cuando la energía de la ira se manifiesta en nosotros debemos saber manejarla, de lo contrario nos veremos afectados negativamente. La respiración consciente es la práctica que nos ayuda a cuidar de nuestras emociones, y para poder cuidar las emociones hemos de aprender a poder cuidar nuestro cuerpo. La respiración, evidentemente, forma parte del cuerpo, cuando estamos enojados nuestra respiración se vuelve superficial y de baja calidad, corta, ruidosa, y nada tranquila y esto genera mayor irascibilidad e intranquilidad al organismo. Si logramos convertir esa respiración en inspiraciones y expiraciones más adecuadas podremos restablecer de alguna manera la tranquilidad y podremos controlar nuestras emociones. Ahora vamos a ver cómo llevamos a cabo esta técnica, muy útil para controlar las reacciones fisiológicas antes, durante y después de enfrentarse a las situaciones emocionalmente intensas.

Seguiremos los siguientes pasos:

1. Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta 4.
2. Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta 4.
3. Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta 8.
4. Repite el proceso anterior.

Vamos a practicar esta respiración, explicando que de lo que se trata es de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento. Para comprobar que haces la respiración correctamente podemos poner una mano en el pecho y otra en el abdomen.

Lo estaremos haciendo correctamente cuando solo se mueva la mano del abdomen al respirar (algunos le llaman también respiración abdominal).

RECURSOS: todos los padres formados en un círculo.

DURACIÓN: 40 minutos

Esta técnica de respiración nos servirá de cierre para esta sesión ya que los padres podrán irse más tranquilos y calmados, sabiendo que hacer y cómo actuar cuando se presenten situaciones difíciles.

SESIÓN 7

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Al inicio del programa se dio a conocer la gran dificultad que poseen los padres de familia para solucionar conflictos, por lo general se muestran como personas poco tolerantes y con escasas herramientas con respecto a ello.

Aquí el propósito es, que los participantes traten de identificar qué cosas causa en ellos incomodidad, molestia, estrés, etc., ello servirá para tenerlo en cuenta cuando estemos pasando por alguna de estas circunstancias y entonces con la ayuda de las herramientas que se les brindaran sepan cómo llegar a una solución en beneficio de los involucrados.

Actividad 1. “TELA DE ARAÑA”

DESARROLLO: consiste en atravesar de un lado a otro de la tela de araña sin tocarla ni moverla, en este caso el pabito vendría a ser la tela de araña, se inicia dándole a un participante la cuerda y los demás irán cogiendo un poco de la misma. Se puede recrear contando una historia sobre que se encuentran en una cueva y ésta es la única salida que tienen para llegar al exterior.

Cuando todos los miembros del grupo hayan podido pasar de un lado, se hará un debate en el que se analice el desarrollo de la actividad: qué mecanismos de cooperación y ayuda

se han desarrollado, cómo se han sentido a lo largo de la actividad, si creían que lo iban a conseguir desde un primer momento, etc.

RECURSOS: un rollo de pabilo (o una cuerda lo suficientemente grande para que todos los participantes puedan cogerlo).

DURACIÓN: 25 min.

Actividad 2. “EL ÁRBITRO”

DESARROLLO:

1. Existe una situación problemática o conflictiva que afecta al desarrollo del grupo. El dinamizador del grupo, que en estos contextos suele ser el profesor, plantea la situación en clase y que, de manera conjunta, van a resolver el conflicto.
2. Una persona comienza exponiendo la situación. Si lo requiere, se va tomando nota de los hechos o de las personas involucradas en la pizarra para, retomar posteriormente, esos puntos.
3. El dinamizador tendrá que promover que todas las personas interesadas intervengan y expongan su punto de vista.
4. Entre todos se deberá tomar una solución para zanjar el problema.

Aquí la facilitadora juega un importante papel al tener que dirigir el debate y fomentar la participación de todo el grupo. De igual manera, en la toma de decisiones para solucionar el conflicto, debe hacerlo para que todos adquieran un compromiso. Se puede añadir retomar el tema pasados unos días para evaluar si las medidas que se han decidido están resultado efectivas.

Para concluir con el tema se pedirá a los padres indicar como se han sentido al tener la labor de resolver distintos conflictos, reforzaremos el hecho de que todos y cada uno de ellos cuentan con la capacidad de resolver lo que se les ponga en frente, de no ser así, conforme avance el programa, podrá ir adquiriendo las mismas.

SESIÓN 8

LA EMPATÍA

En la sesión anterior se trató sobre lo importante que es dar soluciones a los conflictos, ahora se tratará de que los pacientes logren ponerse por un momento en el lugar de la persona a la que quizá pudieron herir, insultar o gritar.

La finalidad de esta sesión es trabajar por un lado, la tolerancia, y con ayuda de las técnicas ya aprendidas de las sesiones anteriores, hacer que los pacientes interioricen la importancia de escuchar y entender a los demás para conseguir ser empáticos.

ACTIVIDAD 1. “LA PERSONA IMAGINADA”

DESARROLLO: nos vamos a inventar una persona. En una hoja escribimos los datos de una persona imaginaria: nombre, si es hombre o mujer, edad, de dónde procede su familia, idioma que habla, a qué se dedica, qué hace en su tiempo libre...en la otra cara de la hoja dibujan lo que pudiera ser el rostro de esta persona ocupando toda la hoja. Salen dos voluntarios y de pie, se ponen frente a frente, levantando la hoja mostrando las caras dibujadas, pudiendo leer así los datos que tienen en el reverso (nombre, edad, etc...). A continuación hacen un diálogo entre los personajes.

Reflexión:

- ¿Qué te parece esta actividad?
- ¿Qué dificultades tuviste al realizarla?
- ¿Qué sensaciones te produjo?
- ¿Es fácil meterse en la piel de otra persona?

ACTIVIDAD 2. “YO” TENGO “TU” PROBLEMA

DESARROLLO: cada persona explica por escrito con el máximo número de detalles un conflicto que tiene o ha tenido con otra persona. Escribiremos un conflicto que se pueda conocer en público. Cada persona escribe su propio nombre al final del escrito. Después mezclamos todos los papeles escritos dentro de una bolsa plástica y cada miembro del grupo elige un papel al azar que no sea el suyo. Lo lee cuidadosamente en privado y puede preguntar detalles a la persona que lo escribió. Posteriormente algunas personas explican al grupo el problema que ha cogido en el papel como si fuese propio entrando en sus sentimientos y sensaciones, y ampliando la situación.

RECURSOS: papel bond, bolsa plástica, lápices y formar grupos de 4 personas.

DURACIÓN: 30 min.

Finalizando se hará una retroalimentación del tema, se pedirá a los padres que en casa puedan tomar 5 minutos de su tiempo para reflexionar, sobre en qué situaciones no fueron empáticos con los demás.

SESIÓN 9

APRENDER PARA ENSEÑAR

Si bien es cierto este programa ha sido destinado a los padres, se espera que con los conocimientos obtenidos consigan enseñar a sus hijos lo aprendido para lograr que la familia también se vea involucrada en el crecimiento personal de los pacientes.

En esta última sesión se requiere que los pacientes hayan alcanzado un mejor manejo de sus emociones y de tener una mayor capacidad para solucionar conflictos con el objetivo de poner en práctica todo lo aprendido con sus familias, obteniendo una mejor calidad de vida a nivel familiar.

Actividad 1. “APRENDEMOS A CONTROLAR NUESTRAS EMOCIONES FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES”

Presentación

Después de acoger a las madres y padres de familia, se desarrolla la dinámica “El lazarillo”. En parejas, uno hará de “ciego” y la otra persona de “lazarillo”. El “ciego” (con los ojos cerrados o vendado) será conducido por el “lazarillo” a través de las instalaciones. A los cinco minutos, el tutor indica que todos regresen al ambiente de trabajo y comparten lo experimentado.

Desarrollo: A cada madre y padre se le entrega una tarjeta con la mitad de un refrán. Luego se les invita a formar un círculo y a leer su parte del refrán en voz alta para que encuentren a su pareja. Quienes no sepan leer deben ser ayudados. Una vez formada, la pareja tendrá unos minutos para presentarse entre sí, respondiendo a estas preguntas:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Dónde vives?
- ¿Cómo se llama tu hija o hijo?
- ¿Qué te gusta hacer?

Al cumplirse el tiempo establecido, cada integrante presenta a su compañera o compañero de refrán.

Ejemplo:

Cecilia dice: Nuestro refrán es: “A quien madruga, Dios ayuda” y les presento a mi compañero Alberto lo que más le gusta es...

Alberto dice: les presento a mi compañera Cecilia y lo que más le gusta es...

Enseguida, se coordina con algunos asistentes para dramatizar la situación de una familia cuando su hija sufrió un accidente al caerse de la bicicleta que manejaba. La dramatización debe evidenciar la respuesta desesperada que tuvieron la madre y el padre expresando gritos y llanto en el momento de los hechos y luego un excesivo temor, que los llevó a no dejar salir a su hija fuera de casa. Al ver así a su mamá y a su papá, la niña mostró también mucho miedo. Como este caso puede suscitar emociones después del desastre, o puede recordar accidentes referidos a este, se deberá abordar el tema de inmediato, por medio del diálogo y mostrando apoyo. Se pregunta a quienes participaron en la dramatización cómo se sintieron en sus roles de padre, madre o hija.

Se dialoga con el grupo sobre:

- ¿Qué nos lleva a actuar de esa manera como madre o padre?
- ¿Cómo se sienten las niñas y los niños frente a nuestras angustias y temores?
- ¿Cómo podemos ayudarnos como madres o padres para actuar con serenidad en situaciones de mucha angustia?

Se sugiere mencionar la necesidad que tenemos de sentirnos seguros y apoyados emocionalmente, de manera que podamos transmitir ese sentimiento a nuestras hijas e hijos. Sentirnos cuidados nos da mayores herramientas para cuidar a otros.

Las madres y los padres se dividen en grupos y realizan el siguiente trabajo:

- Piensan en dos situaciones que recuerdan en las que su estado emocional transmitió seguridad o inseguridad a sus hijas e hijos.
- Indican cómo se sintieron y actuaron en esas situaciones.
- Indican cómo vieron la reacción de sus hijas e hijos, y cómo se sintieron frente a esa reacción. Se puede escribir las conclusiones en un papelote usando el siguiente esquema:

Situación que vivieron	Forma en que actuaron	Efecto producido en las hijas e hijos	Sentimientos producidos en ellos (madres y padres)

Cada grupo expone un trabajo. Analizan juntos los efectos que producen en las niñas y los niños pequeños las actitudes y formas de actuar de los adultos frente a distintas situaciones, y conversan sobre las formas positivas de actuar.

Es importante escuchar con atención, comprender, y luego orientar a madres y padres, tratando de motivar una actitud optimista frente al futuro, de manera que ayude a que sus hijas e hijos recuperen la tranquilidad y la confianza en que todo será mejor para ellos en el futuro para que aprendan a manejar y superar sus miedos.

Reforzar la necesidad de contar con redes comunitarias que sirvan de apoyo emocional entre adultos y se involucren en el cuidado de las niñas y los niños, por ejemplo, en los

fin de semana en que no van a la escuela, pero en los cuales la madre y el padre deben trabajar. Por último se hará una retroalimentación enlazando cada uno de los temas trabajados para dar a conocer el objetivo principal, que sin duda alguna es el haber adquirido herramientas para lograr el manejo de una comunicación más asertiva, la cual, conllevará a tener una mejor calidad de vida, fortaleciendo sus relaciones interpersonales. A su vez se les brindará un cuestionario de satisfacción sobre como calificarían la elaboración del programa (VER ANEXO 6).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botero, B. y Pico, M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 1-21.
- Rojas, C. (15 de Marzo de 2017). Lima ocupa el puesto 12 en calidad de vida dentro de Latinoamérica. *Publimetro*, pág. 1.
- Cutipé, Y., Saavedra Y Vásquez (1 de Julio de 2017). Salud mental: 6 millones de peruanos sufren problemas psicológicos. *Correo*, pág. 1.
- Molina, N. y Bromley, J. (20 de Marzo de 2017). Una sola fuerza: el perfil psicológico de los peruanos en crisis. *El comercio*, pág. 1.
- De los Santos, K. (2017) Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.*
- Vallejos, M. (2016) *Calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (Tesis de especialización) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.*
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Revista científica Redalyc*, 155-156.
- Delgado, J. (2015) *Calidad de vida del paciente con epilepsia. Instituto nacional de ciencias neurológicas junio 2006 – diciembre 2007 (Tesis Magister) Universidad Nacional Mayor de San Marcos*
- Ruiz, P. (2015) *Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama (Tesis doctoral) Universidad de Murcia.*

- Martínez-Espejo, M. (2015) *Calidad de Vida en Personas con Esclerosis Múltiple y Relación con la Salud de su Cuidador* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia.
- Lopez, R. (2015). Lima es la sexta ciudad con mejor calidad de vida en Latinoamérica. *La república*, pág. 1.
- Espinosa, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. . *Revista de antropología experimental* , 338-339.
- Espinosa, F. y Doyal, G.(2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. . *Revista de antropología experimental* , 336.
- Guerrero, A. (2014) *Mejorando la calidad de vida de personas seropositivas a través del modelo de calidad de vida relacionado con la salud, Chiclayo. (Tesis de licenciatura)* Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Rodriguez, S. y Alegre, M. (7 de Julio de 2014). ¿Qué es la calidad de vida para los limeños? *Publimetro*, pág. 1.
- Sánchez, E. (2014) *Salud Sexual y Calidad de Vida en personas con Traumatismo craneoencefálico moderado (TCEM)* (Tesis doctoral) Universidad de Barcelona, España.
- Arias, B. (2013). El concepto de calidad de vida en las teorías del desarrollo. *Criterio Jurídico Garantista*, 146-147.
- J., E. A. (2013). Revisión teórica y medida del concepto calidad de vida. *ACE: Architecture, City and Environment*, 101-107.
- Perez, G. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Madrid: Universidad nacional de educación a distancia.

Charúa, L. et al (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Redalyc*, 149.

Programa integral contra la lucha contra la violencia familiar y sexual (2010)
Dificultades para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual en las mujeres adolescentes y jóvenes de etnia shipibo conibo. Ucayali: Ministerio de la Mujer y desarrollo social.

Bardales, O. (2009). Violencia familiar y sexual en mujeres y varones de 15 a 59 años .
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), 10.

Cáceres, D. (17 de Junio de 2009). Para los peruanos, el respeto de los derechos depende del color de la piel. *Perú 21*, pág. 1.

González, G., Freire, C., Piñeiro, I. y González, P. (2009). Calidad de vida, bienestar y salud. *Researchgate*, 9-10.

Verdugo, A. (2009). *Manual de aplicacion de la escala GENCAT de calidad de vida*.
Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, 18-19.

Espíndola, M. (2008) *Relación entre calidad de vida y el locus de control en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. (Tesis de maestría) Universidad de Colima.

Molina, C., Meléndez, J. y Navarro, E (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 313.

Rodriguez, N. (2005). La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas.
Revista de investigacion de la Universidad pedagógica experimental libertador, 53-56.

Yanguas, J. (2004). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. En I. d. (IMSERSO), *Serie Personas Mayores* (pág. 113). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Schalock, P. y Verdugo, M. (2002/2003). *Manual de aplicación de la escala GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, 18.

Verdugo, M., et al. (2002). Calidad de vida. *Discapacidad e inclusión*, 448.

Sagot, M. (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*. La Paz: OPS/OMS Programa Mujer Salud y Desarrollo.

ANEXOS

ANEXO 1

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL MÓDULO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL Y ADOLESCENTE EN SALUD (MAMIS) DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO”					
PROBLEMA GENERAL	OBETIVO GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	TIPO	INTRUMENTOS
¿Cómo es la calidad de vida que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Determinar la calidad de vida que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.	Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar emocional (BE) - Relaciones interpersonales (RI) - Bienestar Material (BM) - Desarrollo personal (DP) - Bienestar físico (BF) - Autodeterminación (AU) - Inclusión social (IS) - Derechos (DE) 	No experimental cuantitativo descriptivo	Escala Gencat Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L. y Schalock, R. España, 2009. Validado en Perú por Analí Guerrero Arias. Chiclayo, Febrero del 2014.
ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS			NIVEL	
¿Cómo es el bienestar emocional en los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Describir el bienestar emocional que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.			Aplicado	
¿Cómo son las relaciones interpersonales en los pacientes del Módulo de	Conocer las relaciones interpersonales que presentan los pacientes del			DISEÑO	
				Exploratorio	

Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.				
¿Cómo es el bienestar material en los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Determinar el bienestar material que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.				
¿Cómo es el desarrollo personal en los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Detallar el desarrollo personal que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.				
¿Cómo es el bienestar físico en los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Explicar el bienestar físico que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.				
¿Cómo es la autodeterminación en los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Especificar la autodeterminación que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.				

¿Cómo es la inclusión social en los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Definir la inclusión social que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.				
¿Cómo son los derechos en los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL?	Puntualizar los derechos que presentan los pacientes del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud (MAMIS) de SJL.				

ANEXO 2

Escala GENCAT de Calidad de Vida

Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L. y Schalock, R. España, 2009.

Validado en Perú por Analí Guerrero Arias, 2014.

Género: M () F ()

Edad: ____

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Estado civil: Soltero (a) () Casado (a) () Viudo (a) () Divorciado (a) () Conviviente ()

Estimados padres de familia, queremos agradecer el tiempo que ustedes emplearán en la resolución de este cuestionario. El mismo tiene por objetivo “Identificar el perfil de calidad de vida de las personas”.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a su calidad de vida. Por favor, marque la opción de respuesta que **MEJOR** lo describa y no deje ninguna afirmación en blanco. Recuerde que no hay respuesta buena ni mala, sin embargo, debe tratar de ser lo más sincero(a) posible.

		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.				
2	Presenta síntomas de depresión.				
3	Está alegre y de buen humor.				
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.				
5	Presenta síntomas de ansiedad.				
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.				
7	Tiene problemas de comportamiento.				
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.				
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.				
10	Mantiene con su familia la relación que desea.				
11	Se queja de la falta de amigos estables.				
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.				
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.				
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.				
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.				
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.				
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.				
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.				
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)				
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.				
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.				
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.				
23	El lugar donde vive está limpio.				
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.				
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.				
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.				
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.				
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (internet, teléfono móvil, etc.).				
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.				
30	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.				
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.				
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.				
33	Participa en la elaboración de su programa individual.				
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.				
35	Tiene problemas de sueño.				
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.				
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.				
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.				
39	Tiene un buen aseo personal.				

40	En el servicio al que acude, se supervisa la medicación que toma.				
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.				
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).				
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.				
44	Elige como pasar su tiempo libre.				
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.				
46	Defiende sus ideas y opiniones.				
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.				
48	Otras personas deciden como gastar su dinero.				
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.				
50	Organiza su propia vida.				
51	Elige con quien vivir.				
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).				
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.				
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.				
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.				
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.				
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversidad actividad en la comunidad.				
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.				
59	Es rechazado o discriminado por los demás.				
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).				
61	En su entorno es tratado con respeto.				
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.				
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando estos son violados.				
64	En el servicio al que acude se respeta intimidad.				
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.				
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).				
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).				
68	El servicio respeta la privacidad de la información.				
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.				

ANEXO 3

TABLA 1

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

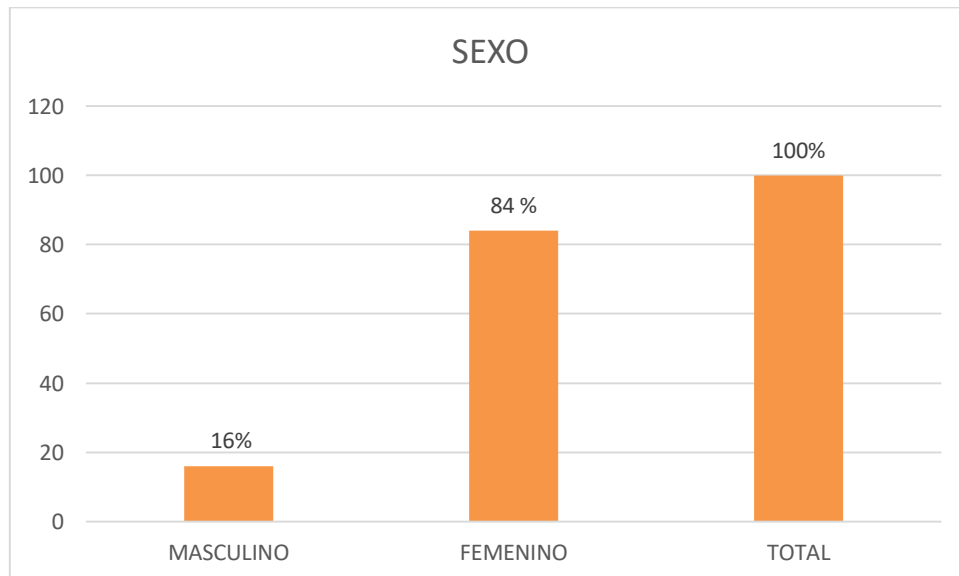
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
Bienestar Emocional	100	13	32	24,67	3,867	-,314	-,053
Relaciones Interpersonales	100	18	37	28,61	4,119	-,157	-,327
Bienestar Material	100	13	32	22,09	3,854	,473	,533
Desarrollo personal	100	14	57	24,10	4,779	,183	,515
Bienestar físico	100	14	32	23,74	3,547	-,110	,143
Autodeterminación	100	20	36	30,48	3,896	-,466	-,478
Inclusión social	100	16	32	23,77	3,657	,236	-,045
Derechos	100	19	40	33,36	4,135	-,752	,752

Aquí se muestran los resultados de las herramientas estadísticas descriptivas producto de la aplicación de los instrumentos a 100 sujetos para determinar valores de la variable “Calidad de vida”. Los resultados permiten evidenciar las medidas de tendencia central, de posición y de dispersión. Estas muestran que los datos presentados son representativos. Los datos que se observan en la asimetría permiten revelar que estos se distribuyen hacia el lado positivo y negativo, lo que indica que los datos no se distribuyen de manera uniforme, porque se han inclinado más a la izquierda. El grado de asimetría no fue extremo (>1), y la curtosis también mostró datos positivos y negativos con algunos excesos. Por lo tanto, ambos estadísticos distribucionales pueden considerarse con una mediana intensidad.

ANEXO 4

TABLA 3
DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO
SEXO

	N	%
MASCULINO	16	16,00
FEMENINO	84	84,00
TOTAL	100	100%



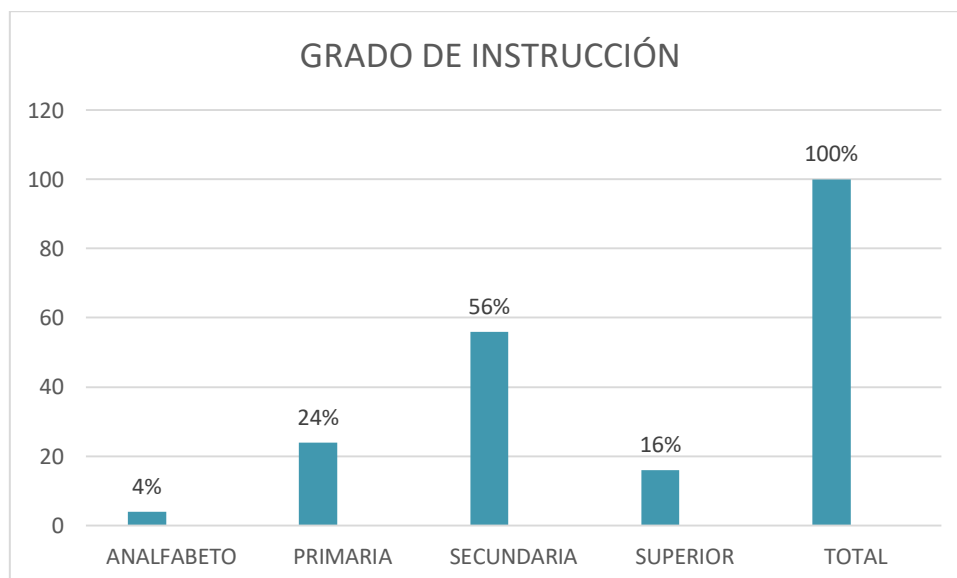
Se observa que de los 100 padres de familia encuestados, un 16% fueron del sexo femenino, esto es 84 mujeres, y el 16% del sexo masculino, esto es 16 varones.

ANEXO 4

TABLA 3

DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO GRADO DE INSTRUCCIÓN

	N	%
ANALFABETO	4	4,0
PRIMARIA	24	24,0
SECUNDARIA	56	56,0
SUPERIOR	16	16,0
TOTAL	100	100,0



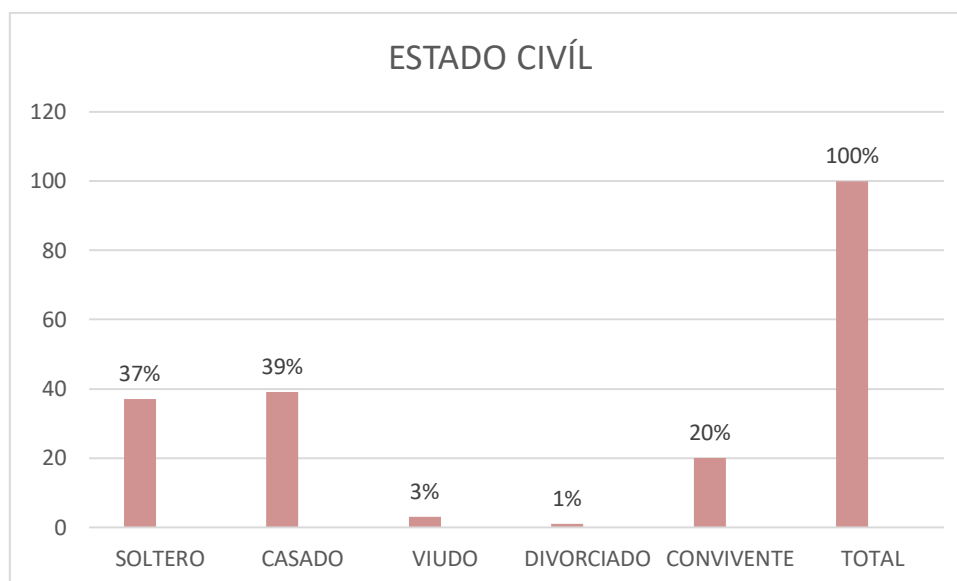
Se puede evidenciar que, de los 100 padres de familia encuestados, el 4 % es decir 4 tienen un grado de instrucción de analfabeto, 24 % esto es 24 son de primaria, 56 % quiere decir 56 son de secundaria y 16 % es decir 16 pertenecen al grado superior. Entonces se sabe que gran parte de los participantes concluyeron sus estudios en el nivel secundario.

ANEXO 5

TABLA 3

DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO ESTADO CÍVIL

	N	%
SOLTERO	37	37,0
CASADO	39	39,0
VIUDO	3	3,0
DIVORCIADO	1	1,0
CONVIVENTE	20	20,0
TOTAL	100	100,0



Se puede evidenciar que, de los 100 padres de familia encuestados, el 37% forman parte del estado civil soltero (a), el 39% son casados (as), el 3% viudos (as), un 1% divorciado, siendo la única persona con ese estado y a un 20% siendo convivientes. Se puede observar que la mayoría de los participantes son casados (as).

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SOBRE EL PROGRAMA “COMUNICÁNDONOS SE VIVE MEJOR”

Instrucciones: marcar con una “x” la alternativa que mejor describa su opinión, recuerde que no hay respuesta buena ni mala.

M = Muy satisfecho	B = Bastante satisfecho	P = Poco satisfecho	N = Nada satisfecho
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

	M	B	P	N
1. ¿Piensa que los temas tratados describieron el nombre que tenía el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Fue de su agrado la forma de trabajar de la facilitadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se le hizo fácil realizar las dinámicas trabajadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El programa le permitió intercambiar ideas y opinión con los demás participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cree usted que ha logrado aprender algo de estas nueve sesiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le gustaría poder participar de otro programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

